

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1893

THÈSE

N<sup>o</sup>

---

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le 25 juillet 1893, à 1 heure.*

Par CHARLES LOCHE

Né à Reims, le 18 Juin 1865.

Ancien préparateur d'histologie à la Faculté de Lille.

---

ESSAI SUR LE TRAITEMENT

DES

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC

ET DU DUODÉNUM

---

*Président : M. GUYON, professeur.*

*Juges : MM. PANAS, professeur.*

BRUN,

ALBARRAN,

*agregés.*

---

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

---

1893



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1893

THÈSE

N°

---

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le 25 juillet 1893, à 1 heure.*

Par CHARLES LOCHE

Né à Reims, le 18 Juin 1865.

Ancien préparateur d'histologie à la Faculté de Lille.

---

## ESSAI SUR LE TRAITEMENT

DES

## AFFECTIONS DE L'ESTOMAC

## ET DU DUODÉNUM

---

*Président : M. GUYON, professeur.*

*Juges : MM. PANAS, professeur.*

BRUN,

ALBARRAN,

} *agregés.*

---

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                    |                      |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Doyen.....</b>                                                  | <b>M. BROUARDEL.</b> |
| <b>Professeurs.....</b>                                            | <b>MM.</b>           |
| Anatomie.....                                                      | FARABEUF.            |
| Physiologie.....                                                   | Ch. RICHET.          |
| Physique médicale.....                                             | GARIEL.              |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           | GAUTIER.             |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | BAILLON.             |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD.            |
| Pathologie médicale.....                                           | { DIEULAFOY.         |
|                                                                    | { DEBOVE.            |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | LANNELONGUE.         |
| Anatomie pathologique.....                                         | CORNIL.              |
| Histologie.....                                                    | MATHIAS DUVAL.       |
| Opérations et appareils.....                                       | TERRIER.             |
| Pharmacologie.....                                                 | POUCHET.             |
| Thérapeutique et matière médicale.....                             | HAYEM.               |
| Hygiène.....                                                       | PROUST.              |
| Médecine légale.....                                               | BROUARDEL.           |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | LABOULBÈNE.          |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                          | STRAUS.              |
|                                                                    | { SEE (G.).          |
| Clinique médicale.....                                             | { POTAIN.            |
|                                                                    | { JACCOUD.           |
|                                                                    | { N....              |
| Clinique des maladies des enfants.....                             | GRANCHER.            |
| Clinique des maladies syphilitiques.....                           | FOURNIER.            |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | N....                |
| Clinique des maladies nerveuses.....                               | CHARCOT.             |
|                                                                    | { LE FORT.           |
| Clinique chirurgicale.....                                         | { DUPLAY.            |
|                                                                    | { LE DENTU.          |
|                                                                    | { TILLAUX.           |
| Clinique ophthalmologique.....                                     | PANAS.               |
| Clinique des voies urinaires.....                                  | GUYON.               |
| Clinique d'accouchements.....                                      | { TARNIER.           |
|                                                                    | { PINARD.            |

*Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.*

## Agrégés en exercice.

| MM.          | MM.         | MM.                    | MM.        |
|--------------|-------------|------------------------|------------|
| ALBARRAN.    | DELBET.     | MARFAN.                | RETTERRER. |
| ANDRÉ.       | FAUCONNIER. | MARIE.                 | RICARD.    |
| BALLET.      | GAUCHER.    | MAYGRIER.              | ROGER.     |
| BAR.         | GILBERT.    | MENETRIER.             | SCHWARTZ.  |
| BRISAUD.     | GLEY.       | NÉLATON.               | SEBILÉAU.  |
| BRUN.        | HEIM.       | NETTER.                | TUFFIER.   |
| CHANTEMESSE. | JALAGUIER.  | POIRIER, Chef des tra- | VARNIER.   |
| CHARRIN.     | LEJARS.     | vaux anatomiques.      | VILLEJEAN. |
| CHAUFFARD.   | LETULLE.    | QUÉNU.                 | WEISS.     |
| DEJERINE.    |             |                        |            |

*Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.*

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ET DE MA MÈRE

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GUYON

MEMBRE DE L'INSTITUT

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

ESSAI SUR LE TRAITEMENT  
DES  
AFFECTIONS DE L'ESTOMAC  
ET DU DUODÉNUM

---

INTRODUCTION

Si on consulte les ouvrages concernant les affections de l'estomac parus depuis quelque temps, on voit que le traitement purement médical, il y a une quinzaine d'années, tend dans certains cas à devenir chirurgical. A l'étranger, on est entré dans cette voie depuis un certain temps déjà, mais en France ce n'est guère que depuis deux ans que la chirurgie de l'estomac a fait de réels progrès. En effet, en parcourant l'ouvrage de Guinard (*Traitement chirurgical du cancer de l'estomac*, paru au commencement de l'année 1892), on est étonné de voir, bien que la première tentative appartienne à Péan (1879), que Rydigier, Billroth et ses élèves étaient à peu près les seuls qui avaient opéré sur l'estomac ; en France on trouvait à cette époque six pylorectomies, quatre faites pour des rétrécissements organiques du pylore et pratiquées par Péan, les deux autres

pratiquées, l'une par Reynier et l'autre par Fort ; et deux gastro-entérostomies dues à Pozzi (de Paris) et à Péan ; en tout en France huit opérations pratiquées sur l'estomac.

On est loin maintenant de l'époque où Gussenbauer ne pratiquait de résection du pylore que sur des chiens et le nombre d'opérations pratiquées sur l'estomac dans ces deux dernières années, a été tel, tant à l'étranger qu'en France, qu'il nous a paru intéressant de reprendre le travail de Guinard et de le compléter en y ajoutant les observations parues depuis son apparition.

Notre but dans ce travail a donc été de recueillir les observations publiées depuis près de deux ans tant à l'étranger qu'en France. Dans un premier chapitre, nous avons résumé les observations étrangères ; dans un second les observations françaises ; et dans un troisième enfin, nous avons décrit le manuel opératoire pour les opérations sur l'estomac, manuel opératoire qui nous a paru le meilleur et qui, parmi nos observations françaises, nous donne la plus belle statistique. Ce procédé opératoire est dû à notre ami le Dr Doyen de Reims, que nous devons remercier pour les observations inédites dont il a bien voulu enrichir notre travail, et à qui nous sommes heureux d'offrir l'hommage de notre profonde reconnaissance pour l'accueil bienveillant qu'il n'a cessé de nous témoigner durant tout le cours de nos études.

Qu'il nous soit permis aussi d'adresser l'assurance de notre profonde gratitude à nos premiers maîtres de l'Hôtel-Dieu de Reims, et en particulier à M. le Dr Decès, qui le premier a bien voulu nous initier aux progrès de la chirurgie moderne.

Nous ne saurions trop remercier également M. le professeur Tourneux des bons conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant les quelques années que nous lui avons été attaché comme préparateur d'histologie à la Faculté de Lille.

M. le professeur Guyon a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; qu'il veuille bien recevoir l'assurance de notre respectueuse gratitude.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41552012\\_0040](https://archive.org/details/IA41552012_0040)

## CHAPITRE PREMIER

Toutes les observations relatées dans ce chapitre sont classées dans l'ordre suivant : d'abord les pyloroplasties, puis les pylorectomies et enfin les gastro-entérostomies. Nous avons tenu à rapporter ces observations presque en entier et nous nous sommes efforcés, dans leur traduction, d'être aussi fidèle que possible, c'est-à-dire de ne rien ajouter ni de ne rien retrancher à ce que les différents auteurs avaient écrit.

### Pyloroplasties.

#### OBSERVATION I (1).

La malade est une femme de 47 ans. Elle avait joui d'une bonne santé générale jusqu'au commencement de l'hiver 1888, époque à laquelle elle constata les premiers symptômes qui firent conclure à l'existence d'une obstruction du pylore. Le traitement ordinairement employé pour combattre l'indigestion n'eut pas d'effet. Il y avait après les repas, et à des époques variables, des vomissements toujours suivis de soulagement. On reconnut une fois dans les matières vomies de la viande mangée 100 heures auparavant. Ces vomissements avaient commencé au mois de mars 1889 ; les symptômes deviennent beaucoup plus graves

(1) Ces 2 observations I et II sont dues à M. N. SENN, chirurgien de l'hôpital St-Joseph à Chicago, et relatées dans la *Medical Record New-York*, novembre 1891.

pendant le mois de juin. C'est à cette époque que la malade vint me consulter et que je pus établir le diagnostic de : sténose cicatricielle du pylore. La malade, avant sa maladie, avait pesé jusqu'à 199 livres, et au moment où je la vis, elle ne pesait plus que 145 livres.

L'opération fut faite le 16 juillet 1889, à l'hôpital de la Miséricorde, de Big Rapids. La grande épaisseur de la paroi abdominale fut cause qu'on éprouva quelque difficulté à amener l'extrémité du pylore en avant. Le pylore lui-même était une masse circulaire de tissu cicatriciel, son orifice n'était pas plus grand qu'un crayon ordinaire. L'incision fut pratiquée dans le sens de la direction de l'estomac et du duodénum, dans le but d'obtenir une portion suffisante de tissu sain pour le nouveau pylore. La plaie longitudinale fut transformée en une plaie transversale et réunie par deux sutures de soie fine. Le diamètre du nouveau pylore était assez large pour laisser passer deux doigts. On laissa l'estomac absolument vide pendant 24 heures, au bout desquelles on administra des aliments liquides. L'incision externe se ferma rapidement, et six semaines après l'opération la malade reprenait ses occupations ; au mois de décembre 1889 la malade avait reconquis les 50 livres qu'elle avait perdues pendant sa maladie.

#### OBSERVATION II.

Le malade est un fermier norvégien, âgé de 51 ans. Cet homme interrogé, constate qu'il a été dyspeptique pendant 20 ans. Huit mois avant son admission à l'hôpital, il souffrait de grandes douleurs dans l'estomac qui ne faisaient qu'augmenter après les repas ; à la même époque le malade eut une hémalémèse profuse qui faillit devenir fatale ; le diagnostic fait à cette époque était : ulcère de l'estomac. A son entrée à l'hôpital, cet homme était très maigre, on ne découvrit aucune tumeur dans la région du pylore. L'examen chimique du contenu de l'estomac révéla la présence d'acide hydrochlorique ; et je conclus au même diagnostic fait avant l'entrée du malade à l'hôpital.

Le malade étant très faible, je jugeai qu'il était imprudent de lui administrer du chloroforme, et avec son consentement l'opération fut pratiquée, sans l'administration d'aucun anesthésique, le 5 juillet 1891. L'incision externe fut faite sur la ligne médiane, partant de l'appendice xiphoïde et allant jusqu'à l'ombilic. Cette partie de l'opération fut, suivant le malade, la plus douloureuse, l'incision de l'estomac et la suture de la plaie viscérale ne causèrent que peu de douleurs. L'estomac était très dilaté, le pylore occupait sa position normale et présentait à sa partie antérieure un aspect tortueux. L'exploration avec le doigt révéla l'existence d'une masse cicatricielle dure, englobant toute la partie postérieure et supérieure du pylore. Je fis une incision d'environ deux pouces de longueur, parallèlement au long axe de l'estomac, et ayant pour point central la portion étranglée. L'inspection et l'exploration avec le doigt révélèrent alors l'existence d'une masse cicatricielle postérieurement à l'incision et au-dessus d'elle et s'étendant sur les deux tiers de la circonférence du pylore. La plaie viscérale fut traitée de la même manière que dans le cas précédent. L'incision abdominale fut fermée par des sutures profondes et superficielles. L'opération dura près d'une heure, au bout de laquelle, le malade devenu plus pâle, déclara que la douleur avait été moins violente qu'il ne l'aurait cru. Les trois premiers jours, alimentation par le rectum, puis par l'estomac. Pas de température. Deux mois après avoir quitté l'hôpital, le malade m'écrivit qu'il avait augmenté de 27 livres, et qu'il digérait sans aucune difficulté n'importe ce qu'il prenait.

OBSERVATION III (1).

Le malade présente les symptômes d'un étranglement cicatriciel du pylore très prononcé. L'incision est faite sur la ligne blanche. Le pylore était libre de toute adhésion et on pouvait

(1) Observation résumée due à D. Falleroni publiée dans la « *Gazzetta degli ospitali* », 1890, n° 70.

facilement le faire sortir de l'abdomen. L'incision viscérale faite longitudinalement dans la partie rétrécie du pylore, est prolongée du côté de l'estomac et du duodénum, puis cette incision fut réunie transversalement. Guérison sans troubles, qui durait 10 mois encore après l'opération.

OBSERVATION IV (1).

Femme 47 ans. Les douleurs duraient depuis dix-huit mois, et depuis six mois surtout la malade avait des vomissements répétés, elle était devenue très faible et maigrissait peu à peu. Le diagnostic d'obstruction cicatricielle du pylore fut porté. Le pylore fut incisé dans son axe longitudinal, l'incision partant de l'estomac et allant jusqu'au duodénum circonscrivait l'endroit de la cicatrice, puis on fit une incision transversale. Guérison complète.

OBSERVATIONS V, VI et VII (2).

Colzi présente un cas de pyloroplastie pour sténose cicatricielle du pylore consécutive à un ulcère rond. L'opération fut faite sans aucune difficulté, au bout de huit jours la malade se nourrissait avec des aliments solides. Depuis l'opération la malade a des selles quotidiennes, alors avant qu'elle ne fût opérée, elle était quelquefois pendant quinze et vingt jours sans aller à la selle. Avant l'opération la malade pesait 45 kilogs; 54 jours après elle pesait 58 kilogs 800 grammes.

Deux autres cas opérés également par Colzi ont été suivis de guérison.

OBSERVATION VIII (3).

Kœhler présente au Congrès de la Société allemande de chi-

(1) Observation due à GROWER de Michigan, résumée par E. ULLMANN dans le *Wiener Medizinische Wochenschrift* du 6 février 1892.

(2) Observations dues à COLZI publiées par la *Riforma Medica* (mai 1892) et résumées dans le *Centralblatt für Chirurgie* (août 1892).

(3) *Centralblatt für Chirurgie* (août 1892).

rurgie (juin 1892) une jeune femme de 19 ans qui a subi, il y a deux ans, pour sténose cicatricielle du pylore, l'opération de la pyloroplastie. La malade, avant l'opération ne pesait que 24 kilogs, six mois après elle pesait 37 kilogs 500 grammes et actuellement, c'est-à-dire près de deux ans et demi après l'opération, elle pèse 57 kilogs.

OBSERVATION IX, X et XI (1).

Lœbker a fait trois fois la pyloroplastie. Dans deux cas l'opération réussit ; dans le troisième cas où il s'agissait d'un étranglement annulaire, la simple incision ne suffit pas, il fallut en venir à la résection du pylore qui fut suivie de guérison.

OBSERVATION XII (2).

Homme, 31 ans, maçon. Le malade se plaint d'indigestion qui durent depuis quatorze ans. Jusqu'à l'âge de dix-sept ans, le malade digérait bien ; à quatorze ans, il reçut sur l'estomac un violent coup de brancard qui l'envoya s'aplatir sur une pierre volumineuse. Il vomit souvent les jours suivants, et quoi qu'ayant repris son travail il vomissait tous les soirs et avait de fortes douleurs dans la région de l'estomac pendant près d'un an qui suivit l'accident. Les vomissements, les années suivantes, ne survenaient qu'à certaines périodes, mais dans les deux dernières années, ils revinrent plus fréquemment, et c'est très affaibli que le malade entre à l'hôpital. L'estomac était très dilaté, et on porta le diagnostic d'étranglement fibreux du pylore, d'origine probablement traumatique.

Le 2 mars 1892 on pratiqua l'opération. Une fois l'incision faite de l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic, on remarqua sur la face antérieure de l'estomac tout près du pylore, un ratatinement

(1) *Centralblatt für Chirurgie* (août 1892).

(2) Observation due à LIMONT et PAGE publiée dans « *The Lancet* » (juillet 1892).

du péritoine de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Au-dessous de ce plissement et occupant deux fois plus de place, on constata la présence d'une masse dure dans la paroi stomacale. On fit l'incision de l'estomac et du duodénum et on excisa cette masse dure. Les sutures furent faites suivant le procédé de Lembert. Pendant les dix premiers jours le malade fut nourri par le rectum au moyen d'aliments liquides et seize jours après l'opération on lui donnait du poisson. Un mois après l'opération le malade avait augmenté d'un sixième de son poids.

## **Pylorectomies.**

### **OBSERVATION I.**

Homme 44 ans. Le début de la maladie, qui remonte à deux ans, se fit sentir par de violentes douleurs dans la région stomacale, douleurs qui se manifestaient ordinairement deux heures après les repas et qui duraient de vingt à trente minutes. Un an et demi après le début de la maladie, le malade eut des vomissements dont l'aspect était celui du marc de café. Actuellement on sent dans l'épigastre, un peu à gauche de la ligne médiane, une tumeur grosse comme le poing, peu mobile, située immédiatement au-dessous de la paroi abdominale et offrant une sensation assez dure. On porta le diagnostic de carcinome du ventricule.

L'opération fut pratiquée le 19 décembre 1890 par le professeur Schœnborn de Würzburg. L'incision de la ligne blanche étant faite, on constate que la tumeur, légèrement adhérente au péritoine pariétal, et au côlon transverse appartient à la grande et à la petite courbure de l'estomac. En essayant de sortir la tumeur de l'abdomen, on la déchire dans la région de la grande courbure à sa surface supérieure et inférieure ; on enlève alors les adhérences du côlon et la tumeur est extirpée. On fait les sutures nécessaires. Les jours suivants, la température est normale, le malade se soutient avec des aliments liquides et quinze jours après l'opération il mange du gigot cru haché. Au 1<sup>er</sup> avril 1891, c'est-à-dire trois mois et demi après l'opération, le malade avait augmenté de 7 kilogs.

OBSERVATION II.

Femme 50 ans. Le début de la maladie ne remonte qu'à sept mois. La malade vomit presque toutes les nuits, se plaint d'une sensation de plénitude et de pesanteur dans le corps, ne prend que peu de nourriture et est constipée; l'estomac est très dilaté. On constate la présence d'une tumeur sous la paroi abdominale et les matières vomies analysées contiennent 1, 8 0/0 d'acide chlorhydrique.

L'opération est pratiquée le 21 décembre 1891 par le professeur Schœnborn. L'incision, faite sur la ligne blanche et mesurant 10 centimètres, laisse voir la tumeur qui a environ 6 centimètres de long et 3 de large; On procède à l'extirpation de la tumeur, puis on réunit la muqueuse du duodénum à la muqueuse de l'estomac avec de la soie fine. Les suites de l'opération furent fâcheuses et la malade meurt le 28 novembre ayant eu des diarrhées très fétides pendant les cinq derniers jours de son existence.

OBSERVATION III.

Femme 55 ans. Le début de la maladie qui remonte à peine à deux mois se fit sentir par de violentes douleurs dans la région de l'estomac. A la palpation, on sent dans la région épigastrique, une tumeur ayant la grosseur d'un petit point se déplaçant facilement et offrant des bosselures sensibles à la pression. Le diagnostic de carcinome du ventricule est établi.

L'opération fut pratiquée le 13 février 1891 par le professeur Schœnborn et n'offrit rien de particulier. Les deux premiers jours qui suivirent l'opération, la malade se maintint et le 18 février, la malade se plaint subitement de douleurs très intenses dans tout le corps. Le pouls est irrégulier, il y a une dyspnée violente, à 9 heures du matin, le pouls cesse presque de battre, on fait vivement l'ouverture de l'abdomen et l'on s'aperçoit que les muscles de la paroi abdominale sont devenus gangréneux dans leur partie profonde. De la plaie abdominale sort une quantité

considérable de pus très liquide, verdâtre; on nettoie cette nouvelle plaie, mais la malade ne se remet pas et mourut quelques heures après.

OBSERVATION IV.

Femme 45 ans. Le début de la maladie qui remonte au mois de mars 1886, se fit sentir par des douleurs siégeant dans la région ombilicale; quelques mois après, quand la malade se couche sur le flanc droit, elle éprouve de violentes douleurs, elle a des vomissements sans hématomèse; les selles sont noires comme du goudron. A la palpation on sent au-dessus de l'ombilic une tumeur circonscrite, allongée, de la grosseur d'une châtaigne, présentant des bosselures, douloureuses à la pression et jouissant d'une certaine mobilité.

L'opération est pratiquée le 4 juin 1887 par le professeur Schœnborn. Une fois l'incision faite on constate que la tumeur appartient au pylore et est adhérente au côlon transverse, elle est deux fois plus volumineuse qu'elle n'avait paru l'être au toucher. L'extraction de la tumeur se fait facilement, puis on procède à la réunion de la grande courbure avec le duodénum. Le morceau enlevé est long de huit centimètres et présente à sa surface des végétations ulcérées, carcinomateuses. La malade se remet bien de l'opération, quitte l'hôpital 35 jours après; mais elle mourut en juillet 1888, c'est-à-dire un an après l'opération, d'une récurrence.

OBSERVATION V (1).

Homme 26 ans. Le début de la maladie qui remonte au mois de mars 1887 se fit sentir par des douleurs dans la région de l'estomac, des brûlures, des renvois aigres, des vomissements renfermant du sang qui se produisaient tous les jours après les repas, et par une constipation opiniâtre. On sentait à la pal-

(1) Ces 5 observations sont rapportées par WILHEM HASSLAUER, *Munchener medicinische Wochenschrift* » (mai 1892).

pation dans la région épigastrique une tumeur dure et inégale. Le diagnostic de carcinome du pylore fut porté.

L'opération fut pratiquée le 14 juillet 1887 par le professeur Schœnborn. L'incision, faite sur la ligne blanche, montre que la tumeur appartient au pylore et adhère en arrière au pancréas. On constate dans la petite courbure des glandes à dégénérescence carcinomateuse. Les adhérences au pancréas sont enlevées, non sans peine et sans une hémorrhagie assez abondante : on pratique la résection du pylore et on fait les sutures nécessaires. L'opération avait duré 3 heures. Le malade meurt 2 heures et demi après l'opération par suite de collapsus.

#### OBSERVATION VI (1).

Femme 54 ans. La maladie a débuté vers le mois de mars 1890 ; les vomissements ont lieu environ 3 heures après les repas et ne renferment jamais de sang. La malade se plaint d'une sensation de plénitude dans l'estomac, mais n'y ressent pas de douleur. Les intestins ont été paresseux depuis le début de l'affection, mais les selles sont restées normales ; la langue est humide, très propre. L'abdomen est un peu affaissé, il existe une ère tympanique assez étendue au-dessus de la région de l'estomac, pas de mollesse à la palpation et pas de gonflement anormal. On diagnostiqua une obstruction du pylore et une dilatation de l'estomac. On décida de faire une laparotomie exploratrice, et comme la cause de l'obstruction était obscure, on fit préalablement les préparatifs nécessaires pour la pylorectomie.

L'opération fut pratiquée le 16 octobre 1890. A la palpation on découvrit dans la région hypochondriaque droite et dans la région lombaire gauche une tumeur allongée du pylore ; au-dessus d'elle, on fit une incision de 3 pouces, courant parallèlement au bord inférieur du thorax, entre celui-ci et l'ombilic. A l'ouverture du péritoine, le fond de la vésicule biliaire se présenta, on

(1) Observation due à Alex. MAC CORMICK de Sydney, *British medical journal* (mars 1891).

le repoussa en haut avec le doigt ; le pylore fut sorti de l'addomen, la tumeur qui était légèrement adhérente en arrière fut libérée assez facilement et on pratiqua la pylorectomie. Les suites de l'opération furent favorables, on soutint la malade par des lavements de bouillon, de lait peptonisé et d'eau-de-vie ; il n'y a pas de température, La malade quitte l'hôpital au milieu du mois de novembre ; 4 mois après l'opération la malade trouve qu'elle a engraisé, elle digère bien, les forces sont revenues et la malade déclare elle-même qu'elle ne s'est jamais mieux portée.

OBSERVATION VII (1).

Postempski présenta, au Congrès de la Société italienne de chirurgie, un cas de guérison d'une résection du pylore, opérée pour ulcère de l'estomac avec rétrécissement considérable du pylore.

OBSERVATION VIII.

Femme 32 ans. La maladie débuta au mois de janvier 1891 par des douleurs dans la région de l'estomac ; six mois après la malade vomissait 1 ou 2 heures après le principal repas, les matières vomies ne renfermaient pas de sang et n'avaient pas la couleur de marc de café ; au mois d'août la malade remarqua l'existence d'une tumeur dans la région de l'estomac où, depuis lors, elle éprouvait souvent de violentes douleurs. A son entrée à l'hôpital, on sent dans l'épigastre une tumeur oblongue, assez dure, ayant une surface lisse, son diamètre le plus long, allant de la ligne médiane à gauche et en bas, est de 6 centimètres. Le poids de la malade est de 55 kilogs 1/2.

La résection du pylore eut lieu le 17 septembre 1891. L'incision faite de l'appendice xyphoïde à l'ombilic montra que la tumeur n'était pas adhérente au pancréas et ne présentait d'ailleurs aucune adhérence ; aussi son extirpation fut-elle assez facile.

(1) Observation publiée in « *Riforma medica* » (1891) et résumée in *Centralblatt für chirurgie* (janvier 1892).

Les sutures nécessaires furent pratiquées. La tumeur enlevée mesurait en y comprenant la paroi saine enlevée des deux côtés, 8 centimètres à la grande courbure et 12 centimètres à la petite. L'opération dura deux heures. Le lendemain et le surlendemain de l'opération, il y eut un vomissement sans aucune réaction, qui se reproduisit jusqu'au moment où fut rendue, avec les matières vomies, une petite bande de gaze iodoformée qui s'était probablement détachée de l'estomac pendant qu'on tamponnait ce dernier. La malade qui n'avait eu ni douleurs, ni fièvre, prit pendant quinze jours des aliments liquides, puis peu à peu de la viande, elle se leva la troisième semaine et la quatrième semaine après l'opération, elle quitta l'hôpital. Huit semaines après l'opération, le poids de la malade avait augmenté de 4 kilogs ; et au mois d'août 1892, c'est-à-dire un an après l'opération, la malade pesait 52 kilogs, elle avait donc augmenté de 16 kilogs  $\frac{1}{3}$  ; l'appétit et la digestion sont excellents, les aliments sont tous facilement supportés.

L'examen microscopique de la tumeur démontra qu'elle appartenait au genre carcinome.

#### OBSERVATION IX.

Homme 34 ans. Au mois de septembre 1891 cet homme n'eût plus d'appétit, il avait des renvois fréquents, puis survinrent des vomissements qui avaient lieu environ une demi-heure après les repas ; les matières vomies étaient souvent d'une couleur rouge brunâtre. Le malade est très maigre, il ne pèse que 45 kilogs 90 grammes. L'estomac est très dilaté ; à la palpation, on sent nettement une tumeur de la grosseur d'une petite pomme, assez mobile située exactement à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic et un peu à droite de la ligne médiane.

La résection du pylore est pratiquée le 25 février 1892. L'incision, partant de l'apophyse xyphoïde et se terminant à l'ombilic, laisse voir une tumeur de la région pylorique, de la grosseur d'une petite pomme et qui s'étend jusqu'à l'anneau pylorique ;

le reste de l'estomac est sain, dilaté. Toute la partie affectée est extirpée, puis les sutures nécessaires sont faites après avoir réuni le duodénum et l'estomac. Les suites de l'opération furent excellentes ; trois mois et demi après l'opération le malade avait augmenté de 11 kilogs, il avait repris ses travaux habituels, il pouvait digérer tous les aliments ; au mois de septembre, le malade avait augmenté de 18 kilogs, la digestion est excellente, seulement l'estomac ne peut plus supporter depuis l'opération, de grandes quantités d'aliments, il est vite rempli, ce qui fait qu'au bout de deux à trois heures la faim se fait sentir.

L'examen microscopique indique que le néoplasme est un carcinome.

OBSERVATION X (1).

Femme 21 ans. La maladie qui remonte au mois de décembre 1890 débuta par une sensation de pesanteur dans l'estomac ; la malade avait en outre une sensation de faim et éprouvait des douleurs en se couchant sur le flanc droit. En mai 1891, il y eût de fréquents vomissements de masses aqueuses, mais ne renfermant ni sang, ni bile. Au mois de juin, la malade en se tâtant la région épigastrique découvrit une tumeur ayant la grosseur d'une noisette, douloureuse au toucher et située à la hauteur de l'ombilic, à environ trois doigts à gauche de la ligne médiane. La tumeur augmenta rapidement, la malade ne pouvait se tenir que penchée, marchait difficilement et ne se couchait que sur le flanc gauche. A son entrée à l'hôpital (mars 1892) elle pesait 38 kilogs, au lieu de 46 comme autrefois. L'abdomen est bombé en avant par suite d'une tumeur située à gauche de l'ombilic. Au toucher, on sent une tumeur globuleuse, dure, ayant une surface lisse et mesurant de haut en bas un diamètre de 13 centimètres et un diamètre transversal de 14 centimètres.

L'opération fut pratiquée le 31 mars 1892. L'incision abdominale commencée à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic, vint le

(1) Ces observations VIII, IX et X sont dues à von HACKER, *Wiener Klinische Wochenschrift* (novembre 1892).

contourner à gauche puis descendit le long de la ligne médiane sur une étendue de 14 centimètres. Après avoir ouvert la cavité abdominale, on reconnaît que la tumeur représente une partie de l'estomac et qu'elle adhère à la paroi abdominale à gauche de l'incision. La paroi antérieure de l'estomac est en grande partie occupée par la tumeur qui gagne la grande courbure jusqu'à la paroi postérieure de l'estomac. Les adhérences sont détruites assez facilement et on procède à l'ablation de plus des deux tiers de l'estomac. Les suites de l'opération furent normales, sauf un petit abcès des parois abdominales, qui n'eut pas de suites fâcheuses. La malade fut soutenue d'abord par des lavements alimentaires, puis le 16<sup>e</sup> jour, on lui donna du poulet ; à ce moment, la malade se plaignait d'avoir toujours faim. Au bout de six semaines la malade quitta l'hôpital, parfaitement guérie et bien portante, elle avait augmenté de un kilog. Au mois d'août, c'est-à-dire cinq mois après l'opération, la malade n'éprouve plus de douleurs ni de malaises dans l'estomac, les selles sont régulières, tous les aliments sont digérés, le poids de la malade a augmenté de 10 kilogs, elle pèse maintenant 48 kilogs.

L'examen microscopique du néoplasme indique que c'est un lymphosarcome.

## Gastro-entérostomies.

### OBSERVATION I (1).

Femme 45 ans. Les douleurs remontent à 12 ans et sont dues à un ulcère de l'estomac. La malade ne pouvait prendre que des aliments liquides et un peu de pain blanc, son poids était de 40 kilogs ; l'estomac était très dilaté. En ouvrant la cavité abdominale, on trouve au pylore un rétrécissement dur au toucher. On ne fait pas d'essai de résection et on procède tout de suite à l'insertion d'une fistule dans l'estomac et dans l'intestin grêle. Les sutures nécessaires sont faites. Les suites de l'opération sont bonnes et deux ans après l'opération la malade était encore en parfaite santé.

### OBSERVATION II.

Homme 61 ans, Au mois d'octobre 1889 cet homme s'est aperçu qu'il portait une tumeur au niveau de l'estomac ; cette tumeur, selon lui, semble avoir commencé au côté gauche et s'être développée ensuite vers la droite. Vers le mois de janvier 1890 le malade avait des vomissements tous les deux jours, parfois plus souvent, la matière vomie était de couleur foncée et mousseuse, son poids a diminué d'un sixième. Au moment où il entre à l'hôpital (12 février 1890), on constate que l'estomac est très dilaté, on a nettement la sensation de gargouillement ; on sent à la palpation une tumeur de la grosseur d'une noix de coco, occupant toute la partie épigastrique et s'étendant deux pouces à droite de l'ombilic et un pouce au-dessous de lui. La tumeur est mobile et s'étend apparemment le long de la paroi antérieure de l'estomac. La percussion produit un son tympanique sourd

(1) Observation due à COLLE « *Centralblatt für Chirurgie* » (octobre 1891).

sur toute l'étendue de la tumeur, excepté à son extrémité droite.

L'opération fut pratiquée le 25 février 1890. Une fois l'incision abdominale faite, on tira dehors une partie de l'estomac et une partie du jéjunum. On fit parallèlement à la plus grande courbure dans la paroi antérieure de l'estomac une incision partant de la grande courbure et ayant une longueur d'environ 1 pouce et demi et une largeur égale. Une plaque en os, décalcifié fut introduite dans l'estomac à travers l'ouverture ; les fils latéraux furent passés à travers toutes les tuniques de l'estomac, les fils longitudinaux sortaient par l'incision. Ces fils étant tenus par un aide, l'opérateur fit une incision d'un peu plus d'un pouce de longueur sur la surface connexe du jéjunum ; une plaque en os fut glissée dans l'intestin et les fils latéraux furent passés à travers toutes les tuniques de l'intestin. Les deux plaques furent rapprochées et maintenues ensemble par un aide, en même temps que les ligatures correspondantes des deux plaques furent faites aussi solidement que possible. Huit sutures de Lembert environ furent faites le long du bord supérieur des plaques réunissant l'estomac et l'intestin. Tout fut ensuite rentré dans la cavité abdominale et la plaie fut suturée. L'opération avait duré 45 minutes. Le malade eut l'air de se soutenir pendant les 48 heures qui suivirent l'opération, mais dès le troisième jour il faiblit beaucoup et il mourut le soir du quatrième jour qui suivit l'opération.

L'autopsie pratiquée 48 heures après la mort fit constater l'existence d'une ancienne péritonite générale du foie, de la rate et de l'extrémité cardiaque de l'estomac. Le foie était envahi par de nombreux dépôts secondaires. L'adhésion de l'estomac au jéjunum était parfaite. Les plaques en os étaient presque digérées.

OBSERVATION III.

Femme 56 ans. A toujours été délicate et a souffert constamment d'indigestions. En février 1889, la malade s'aperçut de la présence d'une tumeur qui augmentait progressivement ; elle vomissait souvent et ressentait des douleurs après les repas. Etant entrée à l'hôpital au mois de février 1890, on constate la présence d'une tumeur occupant presque toute la région épigastrique et tant soit peu mobile. L'estomac est très dilaté, on a la sensation de gargouillement. Les vomissements sont plus ou moins persistants ; la malade rend presque tout ce qu'elle prend, on la soutient par des lavements nutritifs, elle perd cependant rapidement et devient extrêmement faible, en même temps que les douleurs deviennent intolérables. La malade consultée, accepte l'opération de la gastro-entérostomie.

L'opération fut pratiquée le 12 avril 1890. Le malade la supporta très bien. On lui donna les jours suivants des lavements nutritifs du bouillon de bœuf peptonisé et d'eau-de-vie : 48 heures après l'opération, on lui donna par la bouche du lait peptonisé sans laisser de côté les lavements. La guérison fut ininterrompue, et au mois de janvier 1892 cette femme vivait encore, jouissait d'une excellente santé et avait pris de l'embonpoint.

OBSERVATION IV.

Femme 45 ans. Se plaint de violentes douleurs après avoir mangé, ordinairement au bout de quinze à vingt minutes. Cette femme a vomi tout ce qu'elle a pris pendant les trois mois qui ont précédé son entrée à l'hôpital ; depuis quinze jours, les matières vomies avaient la couleur du vin de Porto. L'estomac est très dilaté. On sent à la palpation une tumeur de la grosseur d'une orange, située juste au-dessus de l'ombilic et se mouvant librement.

Le 4 juin, on pratiqua la gastro-entérostomie ; en ouvrant le péritoine, la tumeur se présenta de suite à la vue ; cette masse

se mouvait librement ; les ganglions mésentériques étaient légèrement hypertrophiés. La pylorectomie ne fut pas tentée, vu l'état de faiblesse de la malade. La gastro-entérostomie fut faite selon le procédé de Senn au moyen de plaques d'os décalcifié. La malade se remit assez rapidement, mais mourut d'une récurrence neuf mois après l'opération.

OBSERVATION V.

Homme 67 ans. Le malade se plaint de douleurs et d'indigestions depuis cinq ans. Depuis un an, il vomit deux ou trois heures après avoir mangé ; les matières vomies sont épaisses, mousseuses, d'un vert foncé, mais ne contiennent point de sang. L'estomac est très dilaté, on a très nettement la sensation du gargouillement. Il n'y a pas de tumeur distincte, mais une espèce d'épaississement au-dessus du pylore. L'opération de la gastro-entérostomie expliquée au malade, est acceptée de grand cœur par celui-ci, tellement les vomissements et les douleurs sont insupportables.

L'opération est pratiquée le 18 juillet 1890. La seule différence entre cette opération et les précédentes est que l'auteur inséra le jéjunum à la paroi postérieure de l'estomac, au lieu de la paroi antérieure. Bien que toutes les précautions eussent été prises sous le rapport de la désinfection et que l'on eût pris tous les soins possibles lors de l'opération, le malade mourut le dixième jour qui suivit l'opération d'une péritonite septique.

L'autopsie montra qu'il y avait eu union parfaite entre l'estomac et l'intestin.

OBSERVATION VI (1).

Homme 52 ans. Le malade se plaint de violentes douleurs dans l'épigastre et de vomissements persistants ; depuis un an, il lui

(1) Les observations II, III, IV, V, VI sont dues à FRED. BOSWMANN JESSETT et publiées dans *Transactions of the clinical Society of London* (1892).

a été impossible de prendre un aliment solide. Dans ces derniers temps, les vomissements avaient l'aspect du marc de café. Cet homme a beaucoup maigri. On sent à *la palpation*, au-dessus du pylore, une partie molle, mais on ne peut sentir de tumeur d'une façon distincte qu'en exerçant une forte pression.

Le 2 février 1891 on fit une laparotomie exploratrice, et dès que l'abdomen fut ouvert, on constata que le pylore était très épaissi, très dur et arrondi. L'estomac était très dilaté, ses parois étaient plus épaisses qu'à l'état normal. L'opérateur fit la gastro-entérostomie par la voie antérieure. Le malade était très épuisé après l'opération, mais il se remit assez vite, et au mois d'avril 1892. il vivait encore et pouvait manger de tout sans avoir de vomissements.

#### OBSERVATION VII.

Homme 33 ans. A la fin de l'année 1887 le malade se plaignait de temps à autre de douleurs dans l'estomac, il n'avait plus d'appétit et maigrissait peu à peu. Au mois de juillet 1888, il se manifesta, lors d'un accès douloureux localisé à la région stomacale, un ictère passager, mais qui se répéta lors d'un second accès. En février 1890, les symptômes de la maladie s'accusèrent de plus en plus, il y avait des vomissements de temps à autre, plusieurs heures après les repas; le diagnostic de sténose bénigne du pylore fut porté et l'opération fut conseillée au malade qui y consentit. Le poids du malade est alors de 52 kil.; l'estomac est très dilaté et on a une sensation très nette de gargouillement. La grande courbure de l'estomac se dessine sur la paroi antérieure de l'abdomen comme un bourrelet posé transversalement. Vers l'extrémité de cette grande courbure et dans la direction latérale de la ligne para-sternale droite prolongée, à deux travers de doigt, au-dessus de l'ombilic, on sent un cordon dur, un peu plus large qu'un doigt, n'offrant aucune nodosité et très douloureux à la pression. Un peu plus haut, au-dessus de l'ombilic, il y a un second cordon un peu plus mince

mais de même nature que le premier, situé cependant un peu obliquement et plus rapproché de la ligne médiane.

Le 22 mars 1890, on pratique la gastro-entérostomie rétrocolique postérieure. La tumeur occupant le pylore est lisse à sa surface, elle a à peu près le volume d'une pomme et entoure le pylore comme un anneau d'une épaisseur inégale un peu ouvert en avant ; la masse principale est située en arrière et elle va, diminuant de grosseur, en avant, c'est ce qui explique comment la tumeur palpée à travers la paroi abdominale faisait croire à l'existence de deux cordons courts superposés. En arrière la tumeur est très adhérente à la tête du pancréas. L'opération se fit assez facilement ; les suites en furent favorables et le malade remis entièrement vivait encore au mois d'août 1892 et était dans un parfait état de santé.

#### OBSERVATION VIII.

Homme 40 ans. En janvier 1891 cet homme eut de violentes douleurs d'estomac ; ces douleurs étaient localisées à un endroit déterminé et augmentaient à la pression en s'exagérant encore quand le malade se courbait ou quand il avait absorbé des fruits, du pain et d'autres aliments solides. En décembre 1891 le mal empira rapidement, la douleur devint très violente, l'appétit disparut complètement et les forces diminuèrent.

En janvier 1892 survinrent des vomissements qui se renouvelèrent par la suite tous les jours et qui avaient l'aspect de marc de café. Au-dessous de l'appendice xiphoïde on sent une tumeur dure dont l'axe se trouve placé transversalement, qui n'est pas facile à délimiter et qui est très peu mobile.

Le 31 janvier 1892 on pratiqua la gastro-entérostomie rétrocolique postérieure ; la tumeur du pylore est très adhérente au péritoine et au foie. L'insertion du jéjunum supérieur, à travers le mésocôlon, dans la paroi postérieure de l'estomac se fait sans aucune difficulté. Le malade eut l'air de se remettre, mais il s'affaiblit de plus en plus dès le quatrième jour qui suivit l'opération et il mourut le sixième jour.

L'autopsie démontra l'existence d'une gangrène circonscrite du lobe inférieur du poumon droit, due probablement à une pneumonie catarrhale.

OBSERVATION IX.

Homme 50 ans. Les douleurs d'estomac commencèrent en 1889; tout d'abord il y eut un manque d'appétit, puis survinrent des vomissements qui avaient lieu de préférence deux ou trois heures après les repas. Depuis quelque temps, les matières vomies ressemblent à du marc de café; le malade dépérit à vue d'œil, il a une constipation opiniâtre et les selles ne peuvent avoir lieu qu'au moyen d'irrigations. L'estomac est très dilaté. La tumeur qu'on sent à la palpation est dure, bosselée, de la grosseur d'une petite pomme et située exactement à trois centimètres au-dessus et un peu à gauche de l'ombilic.

Le 1<sup>er</sup> mars 1892 on pratiqua la gastro-entérostomie antérieure antécolicque. L'incision abdominale sur la ligne médiane partant de l'appendice xiphoïde et allant jusqu'à l'ombilic, on constata que la tumeur s'étendait du pylore à la paroi postérieure de l'estomac et avait des adhérences à ce niveau, c'est pourquoi on fit la gastro-entérostomie antérieure. Les suites de l'opération furent favorables, et quand le malade quitte l'hôpital, cinq semaines après l'opération, son poids avait augmenté de 1 kilog. 600 grammes.

OBSERVATION X (1).

Femme 41 ans. Cette femme souffre depuis neuf mois de douleurs gastralgiques, renvois, vomissements; les douleurs augmentent surtout d'intensité, deux à trois heures après les repas. A la palpation on sent dans la région pylorique, une tumeur dure, de la grosseur d'un œuf, assez mobile peu sensible à la pression.

L'opération est pratiquée le 17 mai 1892. Après l'ouverture de

(1) Les observations VII, VIII, IX et X sont dues à von HACKER et publiées dans le « *Wiener Klinische Wochenschrift* (novembre 1892).

la cavité abdominale au moyen d'une incision allant de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, on constate que la tumeur est très adhérente en arrière et en haut avec le foie ; la vésicule biliaire est plus volumineuse qu'à l'état normal et est rempli de calculs. La gastro-entérostomie rétrocolique est pratiquée, puis on enlève en même temps un ganglion mésentérique de la grosseur d'une fève. La malade a bien supporté l'opération, il n'y eut par la suite ni vomissements, ni malaises de l'estomac ; les digestions et les selles furent régulières et 24 jours après l'opération le poids de la malade était augmenté de 6 kilogs. Au mois d'août 1892 la malade se porte très bien, elle a une mine superbe et son poids a augmenté de 9 kilogs 500 grs.

OBSERVATION XI (1).

Küster présente à la Société des médecins de Marbourg une femme qui a subi la gastro-entérostomie nécessitée par un carcinome du pylore qui causait à la malade de grandes douleurs. Plusieurs semaines se sont écoulées depuis l'opération sans que la malade ait été incommodée par une douleur quelconque.

OBSERVATION XII (2).

Femme 47 ans. Cette femme se plaint de faiblesse et de vomissements après les repas ; ces vomissements débutèrent au mois de juillet 1890, tout d'abord ils étaient assez rares mais abondants, puis ils devinrent plus fréquents et moins abondants ; ils étaient mousseux, parfois de couleur foncée et mêlés de sang. A son entrée à l'hôpital la malade avait beaucoup maigri ; à la palpation au niveau de l'ombilic, un peu au-dessus et à gauche de la ligne médiane, on sentait une masse distincte dure, bosselée, douloureuse à la pression et suivant les mouvements de la respiration.

(1) *Berliner Klinische Wochenschrift* (janvier 1892).

(2) Observation due à Ch. LARKIN de Liwerpool et publiée dans « *The Lancet* » (1891).

L'opération fut pratiquée le 22 mai 1891 ; à l'ouverture de l'abdomen, on constata que la tumeur occupait presque la totalité de l'estomac. Le péritoine était parsemé de nodules blanchâtres d'une nature apparemment maligne et qui commençaient à s'étendre sur les parois de l'estomac. Vu la grandeur de la tumeur, la place qu'elle occupait, l'adhérence aux parties environnantes, on jugea imprudent de l'enlever et on résolut de faire la gastro-jéjunostomie. La malade se remit vite et 27 jours après l'opération, elle quittait l'hôpital se croyant entièrement guérie. Elle revint le 31 juillet, parce que les vomissements étaient revenus surtout quand elle mangeait des légumes ou de la viande. A sa rentrée à l'hôpital, elle rendait tout ce qu'elle prenait, les matières vomies sont en petite quantité, et moindres que la quantité d'aliments ingérés. La tumeur de la région épigastrique est manifeste au toucher, elle paraît plus volumineuse que la première fois. On décide de faire la jéjunostomie le 4 août 1891. L'opération ne dura pas longtemps et il n'y eut pas de collapsus. Les jours suivants, on nourrit la malade au moyen d'une sonde introduite dans le jéjunum. Le 6 septembre la malade est beaucoup mieux, la sonde s'est solidement fixée et ne laisse échapper que peu de chose du contenu intestinal ; la malade quitte l'hôpital le 13 septembre, bien améliorée.

#### OBSERVATION XIII.

Homme 40 ans. Souffre depuis un an d'oppression dans la région de l'estomac et de renvois aigres. Il maigrit beaucoup depuis 5 mois, vomit, depuis 3 mois, tout ce qu'il prend de solide, surtout la viande. Sous l'apophyse xiphoïde, on sent une tumeur dure, bosselée, située dans la profondeur de la cavité abdominale.

L'opération fut pratiquée le 17 juin 1891 ; l'incision faite de l'appendice xiphoïde à l'ombilic montra que la tumeur portait en avant seulement sur le pylore ; et que le duodénum et la région de l'estomac adjacente au pylore n'étaient pas attaqués ;

mais les ganglions de la grande courbure étaient pris et formaient une masse dure qui dépendait de la tumeur du pylore ; en outre, en arrière, la tumeur adhérait fortement au pancréas, et la paroi postérieure de l'estomac était atteinte sur une si grande surface qu'il n'y avait plus qu'une ressource pour sauver la situation : la gastro-entérostomie antérieure. Les premiers jours qui suivirent l'opération, le malade eut un peu de fièvre, ainsi que de violentes douleurs dans la région de l'estomac ; le douzième jour il prit un peu de nourriture solide et quitta l'hôpital 22 jours après l'opération. Cet homme mourut 4 mois après l'opération après s'être trouvé bien pendant les 3 premiers mois.

#### OBSERVATION XIV.

Homme 41 ans. Depuis un an et demi, à la suite d'une alimentation où il entraît de la viande de mauvaise qualité, cet homme souffre de l'estomac ; il se plaint depuis un an de vomissements qui se produisent assez régulièrement tous les jours, quelques heures après le repas, parfois tous les deux jours seulement. Depuis trois mois le malade se faisait des lavages d'estomac tous les jours, et trouvait un soulagement réel dans ce traitement. Il n'a jamais eu de vomissements avec du sang. A son entrée à l'hôpital, on constata dans la région de l'estomac, à droite de l'apophyse xiphoïde, une tumeur dure, mobile, ayant la grosseur d'un œuf de poule.

Le 15 janvier 1892, on pratiqua une laparotomie ; la tumeur put être facilement attirée en dehors de l'abdomen et parut nettement délimitée ; malgré cela, on ne fit pas la résection du pylore et on pratiqua la gastro-entérostomie antérieure. Le malade se remit facilement, dès le dixième jour, il put prendre des aliments solides et son appétit et ses forces allèrent toujours en augmentant : mais cela ne dura pas longtemps, et au bout d'un mois survinrent des vomissements provoqués par des aliments trop lourds, puis le malade s'affaiblit, devint cachectique et mourut le 18 mars 1892.

L'autopsie montra que la tumeur carcinomateuse du pylore avait gagné peu à peu le foie et avait fini par envahir presque entièrement cet organe.

OBSERVATION XV (1).

Homme 56 ans. Depuis six semaines, cet homme a presque tous les soirs des vomissements : et dans les derniers temps qui ont précédé son entrée à l'hôpital, les matières vomies ont eu l'aspect de marc de café. On constate dans la région de l'estomac un point dur sans limites bien nettes.

Le 16 janvier 1892 on pratiqua la gastro-entérostomie ; la région du pylore était très épaissie et dure, sa surface était recouverte de petits nodules de la grosseur d'un grain de millet ou d'une fève ; ces nodules apparaissaient aussi à l'état sporadique à la surface antérieure de l'estomac et à la surface inférieure du foie. La tumeur était adhérente en arrière au pancréas. Le malade était très affaibli après l'opération, il se remit un peu dans la journée, mais mourut 20 heures après l'opération.

L'autopsie montra que le foie était envahi presque en entier par des noyaux cancéreux.

OBSERVATION XVI (2).

Homme 55 ans. Cet homme se plaint d'anorexie, de faiblesse générale et de constipation. Il a commencé, il y a un an, à se sentir mal à l'aise, à avoir des indigestions et des douleurs dans l'estomac, puis plus tard des vomissements. A son entrée à l'hôpital, on constata qu'il vomissait fréquemment et que les matières rejetées ressemblaient à du marc de café ; le malade ne pouvait prendre que du lait. A la palpation on sentit une tumeur de la grosseur d'une petite orange, située juste au-

(1) Observations XIII, XIV, XV dues à BRENNER de Linz, *Wiener Klinische Wochenschrift* (juin 1892).

(2) Observation due à Arthur BARKER et publiée dans le « *British medical journal* » (janvier 1892).

dessus de l'ombilic ; elle était dure, mais mobile ; mais d'après les symptômes, il ne pouvait y avoir de doute qu'il n'y eût là une masse carcinomateuse située au pylore et qui l'obstruait. Comme le malade maigrissait beaucoup, et était en outre incapable de digérer des aliments qui eussent pu restaurer ses forces, on lui expliqua son état et on lui dit que la gastro-entérostomie pouvait seule lui apporter du soulagement, sinon la guérison.

L'opération fut faite le 10 juillet 1891. Aussitôt le péritoine ouvert, on découvrit immédiatement la tumeur, le centre était à un pouce et demi du pylore, elle avait la grosseur d'une petite pomme et avait quelques adhérences à la paroi abdominale, mais celles-ci furent coupées et la masse fut tirée hors de l'abdomen. L'auteur procéda à la gastro-entérostomie plutôt qu'à la pylorectomie, car il trouvait le malade trop faible et craignait qu'il ne pût supporter l'opération de la pylorectomie. La gastro-entérostomie fut faite au moyen de plaques d'os suivant le procédé de Senn. Le malade se remit bien de l'opération, et à sa sortie de l'hôpital il pouvait manger à peu près de tout. Malheureusement, étant allé à la maison de convalescence à Hemel-Hempstead, il attrapa froid et mourut en peu de temps le 25 août à la suite d'une pneumonie.

L'autopsie démontra que tous les organes, sauf les poumons et l'estomac, étaient parfaitement sains, partout il y avait absence de graisse.

#### OBSERVATION XVII (1).

Homme 58 ans. Dans ces dernières années, cet homme était obligé de choisir ses aliments, car certains mets lui causaient un malaise considérable ; et il y a deux mois il fut pris subitement de douleurs violentes dans l'épigastre, accompagnées de nausées et de vomissements de matières fluides de couleur foncée. Les intestins étaient très paresseux. L'estomac se trou-

(1) Observation due à C. E. RUTH (de Muscatine), *Medical News*, Philadelphie (octobre 1892).

vait être très dilaté, et à travers la paroi abdominale on put sentir un épaississement de l'extrémité pylorique de l'estomac. Le diagnostic porté fut celui de : sténose pylorique due à des dépôts carcinomateux.

La gastro-entérostomie fut pratiquée le 10 juillet 1891, selon la méthode de Senn, au moyen de plaques d'os décalcifié. Le diagnostic établi avant l'opération fut confirmé, le pylore était, en effet, le siège d'un petit carcinome, juste assez grand pour fermer l'orifice ; les organes environnants étaient parfaitement sains. Le malade ne se remit pas de l'opération, il survécut douze heures.

#### OBSERVATION XVIII.

Homme 63 ans. Cet homme présente depuis un an les symptômes d'une sténose du pylore, il est très amaigri, et il ne peut retenir n'importe quelle nourriture pendant plus de quatre heures.

L'opération de la gastro-entérostomie fut faite dans des conditions déplorables, le malade n'ayant pas la force de supporter l'opération. Il mourut dans le marasme cinq jours après l'opération.

A l'autopsie, on constata que les plaques d'os étaient en place et les adhésions solides. Pas de péritonite.

#### OBSERVATION XIX.

Homme 47 ans. L'affection remonte à dix-huit mois et le malade déclare avoir été très affaibli par des vomissements obstinés. A la palpation on sent une tumeur adhérente à la surface inférieure du foie.

L'opération de la gastro-entérostomie fut faite sans accident ; à la fin de la troisième semaine, un abcès se forma dans la partie supérieure de l'incision guérie, et on y trouva les ligatures des plaques, il se forma une fistule gastrique par laquelle les aliments s'échappaient aussitôt avalés, mais elle ne persista pas

longtemps et se ferma au bout de trois semaines ; dès lors la santé du malade fut aussi bonne que possible pendant deux mois ; mais dans le courant du troisième mois qui suivit l'opération, le malade mourut « *d'un marasme progressif* ».

OBSERVATION XX.

Homme 35 ans. On constate depuis six mois les symptômes de la sténose du pylore, et on sent une tumeur qui s'étend sur presque le tiers de la paroi antérieure de l'estomac et sur le pylore tout entier.

La gastro-entérostomie fut pratiquée sans difficulté ; les huit premiers jours qui suivirent l'opération, tout fut normal, mais dès le neuvième jour survinrent des vomissements obstinés ; les plaques d'os, dont la grandeur avait été réduite de beaucoup, furent rejetées ; on lava l'estomac à plusieurs reprises, mais les vomissements persistèrent jusqu'à la mort du malade qui eut lieu trois semaines après l'opération.

OBSERVATION XXI.

Homme 43 ans. Se plaint depuis un an d'embarras de l'estomac ; dans les deux derniers mois qui ont précédé son entrée à l'hôpital, il vomissait une heure ou deux heures après les repas. A la palpation, on sent une tumeur de la région épigastrique, mobile et du volume du poing d'un enfant. Le malade dit qu'il a beaucoup maigri depuis quelque temps.

On pratiqua la gastro-entérostomie en faisant l'anastomose juste au-dessous du duodénum. Les dix premiers jours qui suivirent l'opération, rien d'anormal, puis le onzième jour il y eut plusieurs vomissements, l'estomac fut lavé deux fois à quatre heures d'intervalle et l'on cessa de donner des aliments par l'estomac. Dès lors plus de vomissements. A la fin de la deuxième semaine, le malade peut digérer toutes sortes d'aliments solides, sans aucun inconvénient ; le treizième jour on trouva dans les selles des fragments des deux plaques d'os. Le malade a

pris de l'embonpoint, et au bout d'un mois il avait bien meilleure mine qu'avant l'opération. Il survécut quatre mois à l'opération, puis mourut dans le marasme.

OBSERVATION XXII.

Homme 38 ans. Se plaint depuis sept mois de malaises dans l'estomac et de vomissements qui avaient lieu tantôt tous les jours, tantôt à plusieurs jours d'intervalle mais qui se produisaient toujours quelques heures après les repas. Au fur et à mesure que l'affection progressait, la quantité de liquide rejetée de l'estomac devenait plus grande et renfermait toujours des morceaux d'aliments pris quelques jours auparavant ; les attaques devinrent plus fréquentes et la digestion gastrique plus irrégulière. On sent un peu au-dessous de la région pylorique une tumeur nettement circonscrite, mobile et qui monte et descend suivant les mouvements respiratoires. L'estomac est très dilaté.

Le 16 décembre 1888 on pratiqua la gastro-entérostomie. A l'ouverture de l'abdomen, l'estomac dilaté se présenta tout d'un coup dans la plaie ; en le poussant à gauche, on put rendre la portion pylorique accessible à l'inspection et à la palpation, et on constata qu'il y avait un carcinome s'étendant du pylore jusqu'à environ le milieu de la paroi antérieure de l'estomac. L'exploration par la main révéla l'extension du carcinome à la surface postérieure de l'estomac jusqu'au sommet du pancréas, ainsi que l'existence de nombreux ganglions carcinomateux derrière l'estomac. La paroi antérieure de l'estomac étant infiltrée sur une aussi grande étendue, il devint nécessaire de faire l'incision, pour l'ouverture communiquant avec l'intestin grêle, plus près de l'orifice cardiaque que de l'orifique pylorique ; la partie de l'intestin qui fut choisie était le point de jonction du duodénum et du jéjunum. Le malade se remit d'une manière satisfaisante des effets immédiats de l'opération, et bien qu'il vomit 2 fois dans la soirée, le pouls et la température étaient,

dès le second jour, tout à fait normaux ; le même jour se développa une légère tympanite et en même temps le malade se plaignit de douleurs à l'endroit opéré. Bien que la température demeurât normale jusqu'au matin du cinquième jour, la tympanite et les douleurs n'en persistèrent pas moins, et le pouls devint plus rapide et plus faible. Le malade mourut dans la matinée du sixième jour.

L'autopsie révéla une toute petite perforation au bord supérieur des plaques ; les adhésions entre l'estomac et l'intestin sont solides. La péritonite est limitée à la portion supérieure de l'abdomen. Près de la moitié de l'estomac avoisinant le pylore était attaquée par le carcinome. L'obstruction pylorique était presque complète. Le pancréas était infiltré sur une grande étendue. L'auteur pense que la péritonite, cause immédiate de la mort, ne s'est produite qu'à cause du petit nombre de sutures superficielles faites dans le cas présent, et qu'alors pendant les violentes attaques de vomissements qui eurent lieu aussitôt après l'opération, ces sutures ne résistèrent pas et qu'il se produisit une rupture limitée au point de réunion des viscères.

#### OBSERVATION XXIII.

Homme 69 ans. Depuis le mois d'avril 1882 le malade souffrait à divers moments de sensations de pesanteur et de plénitude dans l'estomac, une ou deux heures après les repas. Au mois de janvier 1889, il découvrit une tumeur dans la région de l'estomac ; en même temps la digestion devint extrêmement difficile et le malade ne put plus manger que des aliments très légers. Sa santé générale périclita et quand il entra à l'hôpital, son poids avait diminué de 17 kilogs 500 grammes. Pendant les 10 derniers jours on avait dû cesser de le nourrir par l'estomac, en raison des douleurs et des malaises qui suivaient l'absorption des aliments les plus faciles à digérer. La tumeur dans la région pylorique est de la grosseur d'une petite orange, elle est mobile.

L'opération fut pratiquée le 31 mars 1889. L'abdomen fut ou-

vert dans la ligne médiane et on amena le pylore carcinomateux dans la plaie. Des adhésions s'étaient formées entre la tumeur et la surface inférieure du foie, et le sommet du pancréas semblait être incorporé dans la masse cancéreuse. La tumeur s'étendait sur l'extrémité pylorique de l'estomac sur une étendue d'environ quatre pouces. On établit un orifice anastomotique entre l'estomac, à environ deux pouces du bord de la tumeur, et l'intestion grêle à environ trois pieds au-dessous du pylore, et ce, au moyen d'une grande paire de plaques molles d'os décalcifié. L'opération ne dura que trente minutes, mais malgré cela le malade très affaibli ne revint pas à lui et mourut deux heures après l'opération.

#### OBSERVATION XXIV.

Homme 32 ans. Ses digestions avaient été bonnes jusqu'à il y a neuf mois, époque à laquelle il ressentit la première fois des douleurs dans la région de l'estomac, surtout une heure ou deux après les repas. Il y a six mois, le malade découvrit une tumeur située à gauche de la ligne médiane et un peu au-dessus de l'ombilic. Les vomissements apparaissaient également à des intervalles de quelques jours, et le malade constate que les matières rendues ressemblent à du marc de café. Pendant les trois mois qui ont précédé son entrée à l'hôpital, il a maigri d'une façon rapide et effrayante. Au moment de l'admission on trouva la tumeur située à la jonction de la région hypogastrique gauche et de la région épigastrique et à deux pouces au-dessus de l'ombilic. La tumeur se déplaçait et suivait, en montant et en descendant, les mouvements respiratoires. A la pression la tumeur changeait de position, et quand l'estomac était bien distendu, on pouvait la sentir et la délimiter à un endroit situé un peu au-dessous de la position normale du pylore, tandis qu'on pouvait nettement suivre la grande courbure de l'estomac à environ trois pouces au-dessous du niveau de l'ombilic. Il était évident que l'organe avait pris une position verticale ou à peu

près, due à la position de l'obstruction pylorique et à la grande dilatation qui en résultait.

On pratiqua la gastro-entérostomie le 10 avril 1889. La tumeur se trouva occuper la région pylorique et avait empiété sur l'estomac sur une étendue de plusieurs pouces. Bien qu'elle fût de la grandeur d'un poing d'adulte, elle se mouvait librement et n'adhérait à aucun des organes environnants ; mais les ganglions lymphatiques, derrière la tumeur, étaient très infiltrés. En raison de l'étendue de l'affection, on dut faire l'ouverture anastomotique dans l'estomac plus près de l'extrémité cardiaque que de l'extrémité pylorique. La partie de l'intestin qu'on choisit fut le jéjunum, environ douze pouces au-dessous de sa jonction avec le duodénum. Les suites de l'opération furent bonnes ; le quatrième jour après l'opération, on recommença à nourrir le malade par l'estomac. La plaque intestinale, partiellement endommagée mais ayant conservé son contour, passa par le rectum le dixième jour après l'opération. A la fin de la première semaine, le malade ressentit un grand appétit et dès lors mangea bien et digéra bien, regagnant rapidement des forces. Le soir du quatorzième jour, le malade se plaignit de nausées et d'une sensation de plénitude dans l'estomac ; il devint subitement extrêmement anémique et mourut au bout de quelques heures.

Il n'y eut pas d'autopsie, mais les symptômes qui précédèrent l'issue fatale permettent d'attribuer la mort à une hémorrhagie profuse dans l'estomac, provenant de l'ulcération du carcinome. Cette opinion est d'autant plus vraisemblable qu'au moment où le malade se plaignait de nausées, on pouvait constater à la percussion une matité absolue de la région située au-dessus de l'estomac.

#### OBSERVATION XXV.

Femme 45 ans. N'a des troubles gastriques que depuis un an, pendant lequel elle a perdu plus de 25 kilogs de son poids. Il y a trois mois apparurent des vomissements à des intervalles de plusieurs jours, ils étaient toujours très abondants et ne ren-

fermaient pas de traces de sang. On trouvait dans la ligne médiane une tumeur bien définie, située un peu au-dessus de l'ombilic, se déplaçant facilement de droite à gauche et vice versa, mais revenant toujours à sa position première. L'estomac était très dilaté. La malade à ce moment refusa toute intervention, et ce n'est qu'un mois après qu'elle revint ; dans cette intervalle, la maladie avait fait de grands progrès et la malade était très affaiblie. La tumeur avait augmenté de volume, mais était encore mobile ; l'estomac s'était dilaté davantage, les vomissements se produisaient à des intervalles plus rapprochés et les matières vomies étaient relativement plus abondantes.

La gastro-entérostomie fut pratiquée le 22 mars 1890. La tumeur se présenta au milieu de l'incision médiane aussitôt que l'abdomen eût été ouvert. La surface séreuse était perforée en plusieurs points par le carcinome, et la partie affectée de l'estomac se trouva être adhérente à différents organes. La tumeur était très adhérente en arrière au pancréas ; une grande partie de celui-ci paraissait être attaquée, ce qui fut une difficulté pour amener l'estomac suffisamment en avant. Comme l'affection s'était étendue le long de la grande courbure de l'estomac beaucoup plus loin que le long du bord inférieur, on fit l'incision plus près de la petite courbure que d'ordinaire, afin de faire l'ouverture à une distance du carcinome assez grande pour qu'il n'y eût rien à craindre. L'intestin fut ouvert près de la jonction du jéjunum avec le duodénum et les deux plaies viscérales furent rapprochées de la manière ordinaire, au moyen de deux grandes plaques d'os décalcifié et une rangée de sutures superficielles. La malade n'eut pas, après l'opération, de symptômes fâcheux ; quarante heures après l'opération, les deux plaques, maintenues ensemble par les 4 sutures, furent rejetées pendant un violent accès de vomissement ; elles étaient toutes deux, très ramollies et au moins deux fois plus épaisses que lorsqu'elles furent insérées à l'état sec. Les jours suivants on donna des aliments liquides par l'estomac, la malade les digérait et les retenait sans difficulté, elle commençait à reprendre des forces

quand le 26 mars, deux jours après l'accès, elle fut subitement attaquée par une pneumonie croupeuse typique (typical croupous pneumonia) du lobe inférieur du poumon gauche, laquelle eut, le 3 avril, une issue fatale.

OBSERVATION XXVI.

Homme 71 ans. Se plaint dans l'épigastre de douleurs aiguës, et éprouve dans l'estomac une sensation de plénitude, surtout après les repas. En l'absence de symptômes physiques, positifs, on considéra l'affection comme un catarrhe gastrique chronique dû à une sténose du pylore provenant d'une cause inconnue. Six mois après le malade vomissait quelquefois d'une façon persistante, trois ou quatre heures après les repas ; quand il n'y avait pas eu de vomissements pendant quelques jours, il rejetait, par des efforts répétés, d'énormes quantités d'un liquide brunâtre, aigre, renfermant des fragments d'aliments non digérés. Ces vomissements étaient accompagnés de sensations de chaleur et de brûlure dans le pharynx. Une tumeur ayant la grosseur d'un poing d'enfant fut alors découverte à droite de la ligne médiane et un peu au-dessous de la situation normale du pylore. La tumeur était mobile et pouvait se placer à gauche de la ligne médiane, L'estomac était très dilaté.

La gastro-entérostomie fut pratiquée le 31 janvier 1890. La tumeur s'étendait sur l'extrémité pylorique de l'estomac, sur une étendue de trois pouces. L'incision dans l'estomac, fut faite près de la grande courbure et à environ deux pouces du bord de la tumeur ; l'intestin fut réuni à l'estomac de la façon ordinaire au moyen de plaques d'os et de sutures superficielles. Bien que le malade fût très anémique et très amaigri, il supporta assez bien l'opération. On commença à le nourrir par l'estomac dès le troisième jour qui suivit l'opération, et au bout d'une semaine on lui permit de prendre des aliments solides. Les symptômes d'obstruction disparurent rapidement après l'opération et la digestion se faisait bien. Le malade quitta l'hôpital le 13 février

en excellent état ; un mois après il avait augmenté de 4 kilogs et pouvait manger toutes espèces d'aliments sans être incommodé le moins du monde après les repas. Il vaqua ainsi pendant huit ou neuf mois à ses affaires, faisant de longs voyages et se portant bien. Le malade survécut 20 mois à l'opération et finalement mourut dans le marasme. Pendant les dernières semaines, la digestion était redevenue difficile et les symptômes d'obstruction avaient réapparu, sans toutefois causer autant de malaise et de douleurs qu'avant l'opération.

OBSERVATION XXVII.

Homme 37 ans. Souffre depuis six ans d'accès d'indigestion. Pendant les deux derniers mois qui ont précédé son entrée à l'hôpital, cet homme a eu de vives douleurs dans l'estomac, douleurs qui s'accroissaient encore après les repas et qui ne disparaissaient en partie qu'après des vomissements. Ceux-ci s'étaient produits régulièrement toutes les fois que le malade avait pris des aliments solides ; comme ils avaient lieu plusieurs heures après les repas, on soupçonna tout d'abord une obstruction pylorique, mais considérant l'âge du malade, on pensa qu'elle n'était pas d'une nature maligne. En quelques semaines le malade perdit 10 kilogs de son poids. A l'examen, on constata l'existence d'une tumeur dure, irrégulière, à la droite de la ligne médiane, non mobile et paraissant fixée solidement aux organes environnants.

On pratiqua la gastro-entérostomie ; l'incision abdominale faite montra un carcinome diffus du pylore qui avait empiété sur la paroi antérieure de l'estomac, sur une étendue d'au moins quatre pouces, et qui s'était étendu jusqu'à la surface inférieure du foie et du pancréas. En arrière la tumeur avait évidemment atteint le tissu rétro-péritonéal, puisqu'elle formait une masse commune avec les ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux hypertrophiés et le pancréas. L'exploration stomacale faite avec le doigt à travers l'incision, révéla une masse cancéreuse molle,

fermant presque complètement l'orifice pylorique. Bien qu'on eût évité toute manipulation inutile des organes abdominaux, et que l'opération fut faite en moins d'une demi-heure, il se produisit un choc profond, qui, en dépit d'une stimulation active, eut une issue fatale cinq heures après l'opération.

L'extension de l'affection aux organes environnants, constatée pendant l'opération, fut confirmée par l'autopsie ; on ne put faire passer qu'un mince jet à travers le pylore, ce qui indiqua combien l'orifice en était oblitéré par le carcinome.

#### OBSERVATION XXVIII.

Homme 45 ans. L'oncle maternel de cet homme mourut d'un carcinome de l'estomac à l'âge de cinquante ans. Il y a six mois des vomissements se produisaient à des intervalles de plusieurs jours, puis apparurent dans l'épigastre des douleurs brûlantes qui rayonnaient vers la droite et qui cessèrent généralement après des accès de vomissements. Ceux-ci devinrent plus fréquents et la quantité de liquide rejeté devint plus abondante.

Pendant les quelques semaines qui ont précédé l'entrée à l'hôpital, les aliments les plus simples restaient non digérés dans l'estomac et pouvaient se reconnaître dans les grandes quantités de fluide visqueux rejetées tous les jours. En quelques semaines le malade perdit 17 kilogs 500 grammes. Le lavage de l'estomac procurait un soulagement temporaire. On ne découvrit pas de tumeur dans la région pylorique ; l'estomac est très dilaté.

La gastro-entérostomie fut faite le 22 janvier 1891. On ne trouva pas de tumeur, mais l'extrémité pylorique était diffusément infiltrée et les parois étaient très épaissies. Il y avait également une infiltration diffuse dans le duodénum. A la fin de l'opération qui dura moins d'une demi-heure, il y eut des symptômes de collapsus, mais le malade se remit sous l'action de stimulants. Le quatrième jour on commence à nourrir le malade par l'estomac et les aliments ingérés ne produisent aucun malaise.

Le malade semblait, pendant une semaine, aller mieux, quand, en dépit de la quantité suffisante de nourriture facile à digérer qu'on lui permit, et qu'il digérait facilement, ses forces diminuèrent peu à peu jusqu'à ce que la mort s'ensuivit le 9 février, dix-huit jours après l'opération.

OBSERVATION XXIX.

Homme 35 ans. S'était toujours bien porté jusqu'à il y a neuf mois, époque à laquelle il commença à ressentir de la pesanteur et de l'oppression dans l'estomac, quelques heures après les repas, suivies de douleurs de plus en plus fortes, surtout vers le soir et qui cédaient après que le vomissement eût eu lieu. Celui-ci avait lieu tous les deux ou trois jours régulièrement. Le malaise gastrique et les vomissements augmentèrent peu à peu d'intensité et de fréquence et le malade maigrit beaucoup. A son entrée à l'hôpital, le malade était incapable de retenir ou de digérer quelque aliment solide que ce fût. On découvrit une tumeur ronde, lisse, mobile, située à la région pylorique et on reconnut que c'était un carcinome du pylore. Le peu de durée de l'affection et la grande mobilité de la tumeur décidèrent l'opérateur à pratiquer la pylorectomie.

L'opération fut faite le 30 mars 1891 ; mais à l'ouverture de l'abdomen on constata que la tumeur adhérait en arrière à de nombreux ganglions lymphatiques hypertrophiés, aussi le chirurgien abandonna-t-il l'idée de faire la pylorectomie, et lui substitua-t-il la gastro-entérostomie. Le malade se remit de l'opération parfaitement bien, et le quatrième jour, quand on reprit l'alimentation par l'estomac, la digestion gastrique se fit d'une manière satisfaisante. Le malade quitta l'hôpital à la fin de la deuxième semaine, vécut encore trois mois relativement en bonne santé, puis il mourut dans le marasme.

OBSERVATION XXX (1).

Homme 44 ans. Depuis nombre d'années cet homme était sujet à de fréquentes attaques d'indigestion, il ne pouvait prendre des aliments lourds, sans aussitôt être incommodé par des indigestions. Pendant la dernière année, les troubles gastriques étaient devenus plus fréquents et plus intenses. Il y a trois mois il a commencé à vomir tous les jours quelques heures après le principal repas ; pendant cette dernière période il a perdu beaucoup de son poids et de ses forces. A son entrée à l'hôpital, on constata, dans la région normalement occupée par le pylore, mais un peu plus bas, la présence d'une tumeur nodulaire, dure. L'estomac était très dilaté. Le diagnostic fait à cette époque fut : carcinome du pylore, causant une obstruction et une dilatation de l'estomac. Le malade consulté sur une intervention quelconque, refusa l'opération. Au bout de cinq semaines il revint et accepta alors l'opération, la réclama même. Pendant ces cinq semaines, il avait maigri considérablement, la tumeur avait augmenté de volume et la dilatation de l'estomac avait atteint un degré énorme. Au moyen d'un tube à siphon, on fit sortir de l'estomac une grande quantité de liquide visqueux et noir, évacuation qui fut suivie d'un soulagement temporaire. L'extension rapide de l'affection locale et l'état général du malade firent que le chirurgien ne voulait plus opérer le malade, et ce n'est que sur les instances vives de ce dernier que l'opération fut décidée.

L'opération fut pratiquée le 21 août 1891. Le carcinome s'étendait depuis le pylore jusqu'à la jonction du tiers terminal et du tiers central de l'estomac ; la tumeur était très adhérente aux organes environnants. L'incision dans l'estomac fut faite près du centre de cet organe, puis on réunit l'intestin grêle près de la jonction du jéjunum avec le duodénum. L'opération dura moins d'une demi-heure, cependant vers la fin, le pouls devint très

(1) Les observations depuis l'observation XVIII jusqu'à la XXX<sup>e</sup> sont dues à M. SENN, chirurgien de l'hôpital St-Joseph à Chicago, *Medical Record*, New-York (novembre 1891).

rapide et faible, les extrémités se refroidirent et le malade mourut huit heures plus tard.

OBSERVATION XXXI (1).

Femme 38 ans. Se plaint depuis quelques mois de vomissements, a beaucoup maigri et souffre d'une constipation opiniâtre. On sentait une tumeur distincte située au niveau du pylore ; l'estomac était très dilaté.

On pratiqua l'opération le 16 novembre 1891. La tumeur, de la grosseur d'une orange et sans adhérences, put être facilement soulevée. Le pylore laissait à peine passer le petit doigt, la dilatation ne pouvant être pratiquée (d'après l'opérateur), on réunit l'estomac au jéjunum au moyen de plaques de Senn. La malade se rétablit parfaitement bien, et trois semaines après l'opération elle prit des aliments solides. Huit mois après l'opération, la malade se portait à merveille et n'avait pas eu de vomissements depuis l'opération ; en l'examinant à cette époque, on ne peut plus découvrir traces de la tumeur, ce qui est peut-être dû à ce fait qu'elle est devenue plus grasse qu'elle n'était auparavant.

OBSERVATION XXXII (2).

Hadra présente à la Société médicale de Berlin au mois de décembre 1891 un homme âgé de 35 ans, opéré d'une gastro-entérostomie il y a 8 mois et demi, et ne souffrant plus comme autrefois. Le poids du malade qui lors de l'opération était de 37 kilogs 500 est actuellement de 48 kilogs 500 gr. ; il peut manger des aliments d'une digestion difficile et se porte bien, malgré le développement de la tumeur devenue grosse comme deux poings. L'opération avait été très bien supportée par le malade puisqu'il quittait l'hôpital le quatorzième jour après l'opération.

(1) Observation due à J. CRAWFORD RENTON de Glasgow. *British medical journal* (janvier 1892).

(2) Observation due à HADRA, *Berliner Klinische Wochenschrift* (janvier 1892).

OBSERVATION XXXIII (1).

Femme 49 ans. Présente depuis plusieurs années des symptômes d'obstruction pylorique, elle ne peut pas prendre d'aliments solides et vomit depuis quelques mois une fois par jour, les aliments étaient rendus non digérés. Depuis le commencement de la maladie, son poids avait diminué d'un peu moins d'un quart.

La gastro-entérostomie fut décidée. A l'ouverture de l'abdomen, on constata que le pylore était enveloppé dans une masse dure, maligne qui s'étendait sur une longueur de quelques pouces vers la paroi de l'estomac. On pratiqua la réunion de l'estomac et de l'intestin grêle au moyen de plaques d'os décalcifié. La malade guérit parfaitement bien et quitta le Great Northern Hospital en parfaite santé.

OBSERVATION XXXIV (2).

Homme 60 ans. Se plaint depuis huit mois de malaises dans l'estomac, vomit une demi-heure après les repas des matières ressemblant à du marc de café. En examinant le malade couché, la région de l'ombilic est soulevée comme par une tumeur, et en palpant cette région, on constate la présence d'une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, à surface bosselée, dure, mobile dans toutes les directions et située parallèlement à l'axe de l'estomac.

L'opération fut faite le 7 mai 1892. A l'ouverture de l'abdomen, on constate que la tumeur bien que mobile, n'occupe pas seulement la région pylorique, mais s'étend encore à une partie considérable de la paroi postérieure de l'estomac. On ne fit pas la pylorectomie à cause des dimensions considérables de la tumeur et de l'extrême faiblesse du malade. On procéda à la

(1) Observation due à HERBERT W. ALLINGHAM, publié dans *The medical Press et circular* (mars 1892).

(2) Observation due à ROMAN DE BARACZ, de Lemberg (Galicie) *Centralblatt für chirurgie* (juillet 1892).

gastro-entérostomie antérieure d'après le procédé de Senn, mais en remplaçant les plaques d'os décalcifié par des plaques de racine de choux. La malade se remit parfaitement de l'opération, les vomissements cessèrent complètement ; la première selle eut lieu deux jours après l'opération. Six jours après l'opération, on trouva dans une selle demi-liquide quelques morceaux de racine de choux, non digérées, et le lendemain un morceau plus grand d'une plaque non digérée. Six semaines après l'opération, le malade se portait encore très bien.

OBSERVATIONS XXXV, XXXVI, XXXVII (1).

Haasler rapporta au XXI<sup>e</sup> Congrès de la Société allemande de chirurgie, 3 cas où de Bramann a pratiqué la gastro-entérostomie pour carcinome du ventricule. Dans les trois cas, les résultats de l'opération furent excellents, il y eut guérison et le maximum de l'augmentation du poids était de 13 kilogr. 500 en dix semaines.

OBSERVATION XXXVIII (2).

Colzi a fait une gastro-entérostomie pour carcinome du pylore. La malade mourut le quatrième jour à la suite de vomissements continus.

OBSERVATION XXXIX (3).

Homme 52 ans. A son entrée à l'hôpital, cet homme présentait des symptômes d'obstruction du pylore, il était maigre, vomissait fréquemment et ressentait un malaise général dans toute la région abdominale ; l'estomac était très dilaté, les matières vomies étaient acides, et on sentait au niveau de l'ombilic et à sa gauche une masse dure, mobile, ayant environ trois pouces dans son plus long diamètre.

(1) *Centralblatt für chirurgie* (août 1892).

(2) Observation résumée dans le « *Centralblatt für Chirurgie* » (décembre 1892) et publiée dans la « *Sperimentale* » 1892.

(3) Observation due à W. H. BENNETT, *The Lancet* (1 mai 1891).

Le 27 février 1891, on pratiqua la gastro-jéjunostomie selon le procédé de Senn au moyen de plaques d'os décalcifié ; le pylore était englobé dans une tumeur mobile, sans adhérences. Le malade se remit rapidement des effets de l'opération et il guérit en très peu de temps, douze heures après l'opération, il prit de la nourriture par la bouche et la digéra assez facilement. Le volume de l'estomac a diminué de moitié ; les selles autrefois très pâles ont repris leur couleur naturelle ; on n'a jamais retrouvé de traces des plaques d'os employées à faire les sutures.

OBSERVATION XL (1).

Femme 56 ans. A souffert pendant un an de troubles dyspeptiques. Elle vomissait puis ressentait une douleur violente toutes les fois qu'elle introduisait la moindre quantité de liquide dans l'estomac. On sentait à droite de l'ombilic une tumeur ayant nettement la forme d'un saucisson ; l'estomac était très dilaté.

On pratiqua la gastro-entérostomie antérieure selon le procédé de Senn ; le pylore et la première partie du duodéum étaient englobés dans la tumeur. La malade supporta bien l'opération et la douleur disparut entièrement ; elle put prendre facilement des aliments liquides. La guérison se maintint pendant quatre mois, au bout desquels les douleurs revinrent peu à peu, et la malade finit par mourir en quelques jours par suite de l'extension de la tumeur.

OBSERVATION XLI (2).

Femme 44 ans. La malade se plaint de douleurs dans l'estomac et dans l'hypochondre droit, elle vomit environ deux heures après avoir mangé ; les intestins fonctionnent mal, il y a une forte constipation ; les selles sont de couleur foncée et mélangées de traces de sang. A la palpation on sent distinctement une tumeur siégeant au-dessus du pylore, bosselée, mobile, et s'étendant

(1) Observation due à BROWN, de Leeds, *The Lancet* (mai 1891).

(2) Observation due à F. A. PURCELL, *The Lancet* (juin 1892).

vers la droite. L'estomac est dilaté, on a une sensation très nette de gargouillement.

Le 20 mars 1892, on pratiqua l'opération après avoir préparé ce qui était nécessaire pour faire la pylorectomie et la gastro-jéjunostomie. Aussitôt l'ouverture de l'abdomen, l'estomac s'est présenté très dilaté ; la tumeur englobait le pylore et une partie du duodénum, et il était évident que la tumeur occupait une étendue trop grande pour qu'on pût essayer une résection du pylore. On procéda donc à la gastro-jéjunostomie antérieure, en se servant de plaques d'os décalcifié. La malade se remit parfaitement bien de l'opération, elle fut soutenue les premiers jours par des lavements nutritifs, puis on la nourrit ensuite par la bouche et elle sortit de l'hôpital le 14 avril se trouvant en parfait état.

En étudiant le résultat de ces différentes opérations, nous voyons que les pyloroplasties nous donnent 11 guérisons sur 12 cas, et que dans un cas où la pyloroplastie ne pût être faite, on eût recours à la pylorectomie (obs. XI) et là encore on eût un succès opératoire.

Pour les pylorectomies, les résultats, sans être aussi satisfaisants, ont pourtant été également favorables ; en effet sur 10 pylorectomies que nous rapportons, nous avons trois cas de mort et sept guérisons d'où environ 68 0/0 de guérisons.

Les gastro-entérostomies, beaucoup plus nombreuses, puisque nous en avons réuni 41 observations nous donnent : 26 guérisons et 15 morts d'où environ 62 0/0 de guérisons.

Si nous comparons ces résultats à la statistique que nous donne Guinard (de 45 à 50 0/0), nous voyons que notre statistique, qui ne comporte ici que les observations

étrangères nous donne sur 63 observations rapportées, 45 guérisons et 18 cas de mort, soit environ 70 à 72 0/0 de guérisons. Nous verrons plus loin la statistique des opérations pratiquées en France.

N'ayant pu nous procurer les observations de Roux (de Lausanne) nous ne pouvons noter ici que les résultats de ses opérations, résultats qu'il a donnés au dernier Congrès de chirurgie. Sur 14 gastro-entérostomies que ce chirurgien a pratiquées, il a eu sept morts post-opératoires et sept guérisons. Deux pyloroplasties pour rétrécissements fibreux lui ont donné deux succès, de même une résection partielle de l'estomac pour ulcère. Cinq fois Roux a pratiqué la résection du pylore cancéreux ou de la paroi postérieure de l'estomac, il a obtenu trois succès et dans un de ces cas suivi de guérison, il avait réséqué, en même temps que la paroi postérieure de l'estomac, 30 centimètres du côlon transverse.

## CHAPITRE II

### OBSERVATIONS FRANÇAISES.

Nous suivrons dans ce chapitre le même ordre que dans le précédent en commençant par relater d'abord les pyloroplasties, puis les pylorectomies et enfin les gastro-entérostomies.

#### Pyloroplasties Françaises.

##### OBSERVATION I.

Femme 55 ans. Cette femme avait tous les symptômes d'un ulcère du pylore ; vomissements alimentaires, vomissements de sang, méloëna, douleurs térébrantes etc. Depuis plus de 6 mois la malade ne pouvait plus digérer qu'une très petite quantité de lait. On ne constatait aucune tumeur appréciable au palper.

La pyloroplastie fut décidée. La région pylorique offre de nombreuses adhérences filamenteuses avec la vésicule biliaire et la face inférieure du foie. Le pylore et la première portion du duodénum ne sont donc attirés au dehors qu'avec peine. L'estomac incisé au thermo-cautère, laisse explorer le pylore qui offre le diamètre d'un porte-plume. L'incision stomacale est prolongée sur le pylore et la première partie du duodénum sur une longueur totale de 6 centimètres. L'incision longitudinale est réunie par une suture verticale. Le nouveau pylore admet librement l'index coiffé des tuniques de l'estomac. Le quatrième jour après

l'opération, cette malade put digérer des liquides, pour se nourrir d'aliments solides à partir du dixième jour.

OBSERVATION II.

Femme 55 ans. Cette femme très affaiblie présentait tous les signes rationnels et objectifs du cancer du pylore. Malgré l'épaisseur assez grande des parois abdominales, on percevait au-dessous du muscle droit contracturé comme un empâtement assez limité.

Après l'incision des parois abdominales, il fut impossible de découvrir la moindre tumeur, mais la sténose pylorique était évidente, car c'est à peine si un court cordon, de 2 centimètres de longueur et du volume du petit doigt, réunissait l'estomac au duodénum. Le pylore n'admettait pas l'extrémité de l'auriculaire; on ne constata aucune trace d'ulcération. La pyloroplastie fut pratiquée comme dans le cas précédent. La malade présenta quelques vomissements bilieux les 3 premiers jours qui suivirent l'opération, puis digéra les liquides, tout en se plaignant d'une brûlure le long de l'œsophage et au creux épigastrique. Après plusieurs alternatives d'amélioration et d'aggravation, la malade finit par succomber au bout de 15 jours dans l'adynamie.

OBSERVATION III (1).

Femme 23 ans. La malade présentait tous les signes d'un ulcère rond; douleurs térébrantes localisées à la pression, à gauche du creux épigastrique; vomissements incoercibles; hématemèses, etc. Les douleurs étaient intolérables, la malade ne pouvait s'alimenter. Le diagnostic était celui d'un ulcère de la face antérieure de l'estomac, au voisinage du pylore. Le palper était remarquablement douloureux en un point bien limité de l'épigastre.

La laparotomie fut pratiquée et on ne trouva pas d'ulcération

(1) Observation du D<sup>r</sup> DOYEN de Reims, *Archives provinciales de chirurgie* (juillet 1892).

L'exploration digitale du pylore permit de constater une sténose assez marquée : l'extrémité de l'index n'y pouvait pénétrer qu'avec résistance. L'incision longitudinale fut prolongée au delà du pylore sur le duodénum et la pyloroplastie pratiquée comme précédemment. La malade succomba le troisième jour avec des accidents cérébraux suraigus.

L'autopsie ne révéla pas de péritonite.

## **Pylorectomies.**

### **A. — Pylorectomie avec suture en raquette.**

#### **OBSERVATION I (1).**

Homme 67 ans. Les premiers symptômes de l'affection remontent à deux ans, mais depuis huit mois ils se sont notablement aggravés. Ces symptômes consistaient surtout en vomissements alimentaires à peu près quotidiens suivant immédiatement les repas ou survenant quelques heures après. Jamais d'hématémèse. Il y a cinq mois le malade a commencé à sentir une tumeur mobile à l'épigastre. Actuellement il rejette à peu près tout ce qu'il prend : il est depuis deux mois à la diète lactée. On sent à l'épigastre une tumeur du volume d'un petit poing, dure, superficielle et comme immédiatement sous la paroi, pouvant être saisie et mobilisée. L'estomac paraît très dilaté.

La pylorectomie est pratiquée le 3 août 1891. Le lavage de l'estomac pratiqué avant l'opération ramène des matières grisâtres semi-liquides et un noyau de cerise, or le malade n'a pas mangé de cerises depuis deux mois. L'incision faite sur la ligne médiane entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, mesure environ cinq travers de doigt. La tumeur est saisie avec les doigts et attirée facilement au dehors ainsi que les parties saines voisines de l'estomac et du duodénum ; elle fait le tour complet de la région pylorique et se prolonge à gauche sur la grande courbure et sur la partie voisine de la face antérieure de l'esto-

(1) Observation due au Dr POLLOSSON (de Lyon), *Lyon médical* (novembre 1891).

mac. L'extirpation de la tumeur se fait assez facilement. L'orifice stomacal étant beaucoup plus large que l'orifice duodénal, on rétrécit le premier et quand celui-ci a été ramené aux dimensions de l'orifice duodénal, on fait la suture circulaire d'un de ses bouts avec l'autre au moyen d'une suture à trois étages. La suture circulaire finie, l'estomac fut réduit et on fit la suture de l'incision abdominale. Le pouls fut satisfaisant, plutôt faible jusqu'au lendemain à neuf heures du matin, puis l'état de faiblesse s'aggrava, le pouls devint petit et fréquent et la mort survint à onze heures dans le collapsus.

L'autopsie ne révéla aucune trace de péritonite; on ne trouva dans la cavité abdominale aucun noyau, aucun ganglion cancéreux; de sorte que la mort semble dans le cas présent être attribuée au choc.

#### OBSERVATION II.

Cette observation est celle d'un homme qui sortait d'un service de médecine où il s'était cachectisé pendant de longs mois. La tumeur offrait le volume des deux poings et le siège pylorique était évident d'après les symptômes observés. Ce n'est que sur les instances du malade, qui se sentait près de succomber que le docteur Doyen intervint.

La pyloréctomie fut pratiquée de la façon classique: incision médiane, exploration digitale, isolement et extirpation de la tumeur puis réunion circulaire du duodénum à la plaie stomacale, dont la partie exubérante fut refermée longitudinalement, de façon à donner une suture en raquette. Le malade revint difficilement à lui, et succomba le deuxième jour.

#### OBSERVATION III (1).

Femme 39 ans. Cette femme présente une tumeur mobile de

(1) Observations II et III dues à DOYEN, de Reims, *Archives provinciales de chirurgie* (juillet 1892).

la région épigastrique ; peu de vomissements ; aucun signe de sténose pylorique.

L'opération fut pratiquée comme la précédente ; la tumeur envahissait les deux tiers de l'étendue de l'estomac et empiétait au travers du pylore sur le duodénum au niveau de la grande courbure ; elle fut séparée de l'estomac puis du duodénum assez facilement. De gros ganglions sont extirpés dans tout le voisinage. La résection de l'estomac fut tellement étendue qu'il était impossible de réunir ce qui en restait au duodénum. La plaie stomacale fut fermée en raquette et abouchée dans le jéjunum. Au bout de neuf jours, la guérison semblait assurée, lorsqu'un soir la malade se trouva moins bien et se plaignait du ventre. L'abdomen distendu était douloureux, le délire se produisit au bout de quelques heures et la mort survint rapidement. Deux points de suture avaient lâché, par suite du sphacèle des tuniques de l'estomac, à l'endroit où la suture longitudinale se réunissait en T à la suture circulaire gastro-jéjunale.

#### OBSERVATION IV.

Homme 45 ans. Cet homme souffre surtout depuis trois mois, mais il a toujours eu des troubles digestifs. Il a vomi du sang autrefois et semble avoir eu un ulcère de l'estomac. La tumeur paraît être de la grosseur d'une mandarine et siège dans la région pylorique.

Aussitôt l'ouverture de l'abdomen, l'estomac se montre avec le colon transverse. La première portion du duodénum est sectionnée, on fait de même du côté de l'estomac, la tumeur est réséquée ; puis l'estomac est calibré et le duodénum suturé au nouveau pylore. Le malade mourut deux jours après de péritonite généralisée.

OBSERVATION V (1).

Homme 40 ans. Cet homme présente une tumeur du pylore, datant de cinq mois, et amenant des vomissements et des douleurs.

L'incision abdominale faite comme d'habitude, montre que la tumeur n'est pas adhérente; celle-ci est réséquée sans difficulté. Le malade meurt deux jours après de péritonite septique.

OBSERVATION VI (2).

Femme 34 ans. Souffre de l'estomac depuis six mois, et depuis trois mois a des vomissements très fréquents, et surtout abondants et violents; dans ces derniers temps, ils devinrent couleur chocolat. A l'examen de la malade, on sent à gauche et un peu au-dessus de l'ombilic, une tumeur arrondie parfaitement mobile et ayant le volume d'un rein flottant.

L'opération est pratiquée le 1<sup>er</sup> mai 1892. La tumeur paraît globuleuse du volume d'une pomme; sa surface est lisse, rouge foncé; elle est extirpée assez facilement. La malade se remet assez bien des suites de l'opération, on la soutint d'abord par des lavements nutritifs, puis le quatrième jour après l'opération elle but une demi-tasse de lait; enfin 25 jours après l'opération la malade avait repris de l'embonpoint et quittait l'hôpital en parfait état.

(1) Observation IV et V dues à JABOULAY (de Lyon), *Archives provinciales de chirurgie* (juillet 1892).

(2) Observation due à DEFONTAINE (du Creusot), *Archives provinciales de chirurgie* (juillet 1892).

B. — *Pylorectomies combinées à la gastro-entérostomie.*

OBSERVATION I (1).

Femme 33 ans. Souffre de l'estomac depuis neuf ans : la dyspepsie s'accroît petit à petit. Depuis plus de deux ans la nutrition était insuffisante, la malade s'amaigrissait. Il y a six ou sept mois se produisirent des vomissements périodiques, tous les trois ou quatre jours d'abord, puis quotidiennement aussitôt l'ingestion de la moindre quantité de liquide. Jamais d'hématémèse ni de méléna. On constate au-dessous et à droite de l'ombilic une tumeur du volume d'une petite orange faisant saillie sous les téguments ; cette tumeur était très mobile, l'estomac était médiocrement dilaté, il rejetait les liquides eux-mêmes, aussitôt leur ingestion. L'induration cancéreuse semblant s'étendre sur la grande courbure, l'opérateur décida de pratiquer l'extirpation totale de la tumeur, et la fermeture isolée en cul-de-sac de l'estomac et du duodénum, puis l'abouchement au voisinage de la grande courbure, de la première anse du jéjunum.

A l'ouverture de l'abdomen, on constate que la tumeur s'étend sur le quart de la grande courbure et des deux faces de l'estomac, et sur le duodénum jusqu'au voisinage du pancréas. La tumeur fut extirpée, l'ouverture de l'estomac et du duodénum fut suturée et la gastro-entérostomie antérieure fut pratiquée ; quatre jours après l'opération, la malade commence à se nourrir. Trois semaines après l'opération elle digérait quelques aliments solides ; depuis, les forces sont revenues et l'alimentation se fait de mieux en mieux.

La tumeur ne permettait pas le libre passage d'une sonde cannelée et la sténose offrait 5 centimètres de longueur.

(1) Observation due à DOYEN, *Archives provinciales de chirurgie* (juillet 1892).

OBSERVATION II (inédite).

Homme 40 ans. Atteint de rétrécissement pylorique. A la palpation, on sent dans la région épigastrique une tumeur mobile. Diagnostic : cancer annulaire du pylore.

Pylorectomy et gastro-entérostomie antérieure par le procédé qui sera décrit plus loin. Le malade est alimenté de boissons aussitôt le réveil chloroformique et se lève le dixième jour. Guérison.

OBSERVATION III (inédite).

Femme 30 ans. Cancer annulaire du pylore très mobile. La tumeur s'étend sur la face antérieure de l'estomac.

Pylorectomy et gastro-entérostomie. Guérison.

OBSERVATION IV (inédite).

Homme 22 ans. Souffre depuis sept ans, vomit des aliments depuis trois ans, les digestions sont lentes, les vomissements d'abord éloignés surviennent une ou deux fois par jour, le malade a des renvois aigres et fétides. On constate une dilatation considérable de l'estomac. Dans les vomissements du matin on peut reconnaître les aliments ingérés la veille. Jamais d'hématémèse. Cet homme est opéré dans un état de faiblesse et d'amaigrissement extrême, il ne se tient plus sur ses jambes. Comme antécédents, il a été roulé à l'âge de quatorze ans par une voiture qui lui a occasionné de graves contusions sur la partie médiane et antérieure du thorax, et c'est un an après cet accident qu'il s'est senti des premières douleurs.

Laparotomie. Section transversale de l'estomac en amont du pylore, qui est induré, calleux et forme avec la première portion du duodénum une tumeur de cinq à six centimètres de diamètre et de dix centimètres de longueur, très adhérente et s'étendant jusqu'au pancréas. L'estomac est refermé. La tumeur est isolée jusque dans le tissu pancréatique. L'extirpation complète étant impraticable en raison de l'étendue de la tumeur et

des adhérences, l'antré du pylore est refermé en amont du point rétréci. Cette conduite était tout indiquée, la lésion étant manifestement un ulcère calleux sans trace de dégénérescence cancéreuse. L'estomac et le duodénum étant ainsi fermés en cul-de-sac, on pratique la gastro-jéjunostomie. Guérison. Le malade a repris ses travaux des champs.

OBSERVATION V ( inédite ).

Femme 26 ans. Réglée à dix-sept ans. Depuis six ou sept ans les vomissements d'aliments intermittents cessent seulement huit ou quinze jours pour reprendre de nouveau ; n'a jamais été un mois sans vomir ; certains aliments ne sont pas rejetés, le vin rouge par contre n'est pas supporté ; quand la malade sent un poids trop lourd sur l'estomac, elle prend un vomitif. Retard énorme des digestions, vomit à minuit le déjeuner de midi. Ballonnement stomacal. Présence habituelle de bile dans les vomissements. Anachlorhydrie. Diagnostic probable : sténose duodénale.

Section du pylore qui est sain. Fermeture de l'estomac et du duodénum en cul-de-sac. Gastro-entérostomie antérieure. Guérison.

OBSERVATION VI ( inédite ).

Homme 39 ans. Gastralgie à 16 ans. Vomit depuis l'âge de vingt-six ans. Les vomissements cessent de temps à autre pour reprendre ensuite et deviennent de plus en plus persistants. Peu de phénomènes douloureux. L'ingestion des aliments paraît calmer les tiraillements d'estomac, mais le malade les vomit une heure ou deux après avec du mucus. Anachlorhydrie. Depuis un an, le malade a deux ou trois vomissements chaque jour, à part quelques intervalles de mieux de six à huit jours tous les deux mois environ. Il pesait 136 livres à l'âge de 27 ans, en 1892 à Vichy le poids était de 117 livres. Il eut une seule fois du melœna, il y a deux ans, et fut obligé à ce moment de garder le lit pendant dix jours. L'estomac est très dilaté, parmi les ali-

ments, le vin rouge et les viandes sont constamment rejetés, les œufs et les potages sont quelque peu supportés.

Section du pylore qui est sain ; fermeture de l'estomac et du duodénum en cul-de-sac et gastro-entérostomie antérieure. En quinze jours de temps, le patient a augmenté en moyenne de 250 grammes par jour.

OBSERVATION VII (inédite).

Femme 52 ans. La maladie remonte à 3 ou 4 ans et a débuté par des coliques hépatiques graves. Amélioration depuis deux ans. Cependant dans ces derniers mois surviennent des vomissements fréquents, les aliments l'étouffent et ne digèrent pas. Il y a quelque temps, elle a rendu des aliments ingérés un mois auparavant. Amaigrissement rapide. Constipation. Présence fréquente de bile dans les vomissements. Hyperacidité considérable. En présence des signes non douteux de sténose pylorique à marche rapide, sans trace de tumeur, nous portons le diagnostic de rétrécissement par ulcère ou par adhérence due aux attaques anciennes de cholécystite.

*Laparotomie.* — Le pylore et la première portion sont partout adhérents et ne font qu'un avec le bord tranchant et la face inférieure du foie. Toute cette masse est indurée. Peut-être existe-il encore des calculs biliaires, on ne peut les reconnaître à coup sûr au palper au travers des masses inflammatoires. Section de l'estomac en amont du pylore. Fermeture de l'estomac. La masse indurée étant impossible à détacher du foie et de la vésicule, nous fermons en cul-de-sac le bout inférieur. Gastro-entérostomie. Mort le deuxième jour. A l'examen cholécystite suppurée, deux calculs sont retenus par une bride vers le col de la vésicule ; celle-ci est ouverte dans la première portion du duodénum, près du pylore. La muqueuse duodénale est décollée par un vaste abcès qui a détruit la celluleuse et fait tout le tour du calibre de l'intestin. Cette malade a donc succombé à de l'infection hépatique. Deux ans avant, elle avait refusé bien à tort,

comme l'a prouvé la suite, la cholécystotomie, alors qu'elle était atteinte d'ictère et qu'il n'y avait encore aucune lésion duodénale. Cet insuccès ne saurait donc être mis sur le compte de l'opération ; toutefois il eût été préférable de pratiquer une gastro-jéjunostomie simple sans tenter l'isolement de la vésicule et la recherche des calculs ; la mort n'en fut pas moins survenue au bout de peu de temps par suite des lésions infectieuses signalées plus haut.

C. — *Gastroplastie.*

OBSERVATION I.

Femme 40 ans. Présente tous les signes d'un rétrécissement du pylore. Cachexie extrême. Les vomissements sont caractéristiques ; quelques liquides seuls sont conservés. Le seul point obscur au point de vue du diagnostic est qu'il existe à gauche et au-dessus de l'ombilic un point douloureux persistant. On ne perçoit pas de tumeur, mais une simple rénitence. La percussion ne peut être supportée, la sonorité est parfaite. Les vomissements sont trop marqués pour permettre le diagnostic de spasme simple du pylore, réflexe d'un ulcère de la face antérieure qui serait situé d'après les données de l'exploration à six ou sept centimètres du sphincter pylorique ; le cas est donc fort embarrassant, l'exploration ne concordant pas avec les signes rationnels.

Laparotomie. Le pylore attiré au dehors est sain. Dans la profondeur, on remarque une poche dilatée ; située sous le fond et dans la cavité du diaphragme. Cette poche attirée au dehors se trouve être l'estomac qui adhère à la paroi abdominale antérieure au niveau du point sensible lors de l'exploration. Il s'agissait d'un rétrécissement d'estomac en bissac. Nous renvoyons au manuel opératoire pour la description du procédé de gastroplastie imaginé sur le champ par le docteur Doyen, et qui eût plein succès.

## Gastro-entérostomies françaises.

### OBSERVATION I.

Femme 50 ans. La maladie a débuté il y a un an par des douleurs sourdes et continues dans la région sus-ombilicale et par des vomissements alimentaires survenant de 2 à 3 heures après les repas et s'accompagnant d'une exacerbation de la douleur. Ces vomissements survenaient quelquefois en dehors des périodes de digestion (la nuit et le matin) ; lorsqu'ils survenaient dans ces conditions ils se présentaient sous deux formes ; ou ils étaient alimentaires et alors très abondants, rejetant tout ce que la malade avait absorbé depuis un ou deux repas ; ou ils étaient bilieux, pituitaires. Depuis un an les symptômes ne firent que s'aggraver. Les douleurs continues, caractérisées par une sensation de pesanteur dans la région épigastrique, persistèrent et devinrent de plus en plus pénibles ; les vomissements eux-mêmes devinrent plus fréquents et plus abondants, ils survenaient après chaque repas et rejetaient tout ce que la malade prenait. A l'examen de la région épigastrique on ne percevait pas de dilatation stomacale nette ; mais, dans la région pylorique, on sentait nettement une tumeur du volume d'une petite mandarine, peu mobile et un peu douloureuse à la pression.

L'opération est pratiquée le 15 mars 1892. A l'ouverture de l'abdomen, on tombe immédiatement sur une tumeur de la région pylorique ; tumeur grosse comme une petite orange, ayant déterminé quelques adhérences ; mais point de généralisation sur le mésentère, l'épiploon ou l'intestin. Cette tumeur localisée principalement au pourtour du pylore qu'elle enserre et paraît obstruer complètement à la façon d'un anneau, empiète sur la portion terminale de la grande courbure de l'estomac. L'opérateur fait la gastro-entérostomie antérieure. La malade supporta

bien l'opération pendant les quatre premiers jours, on la soutint par des lavements nutritifs, et dès le cinquième jour on lui permit quelques cuillerées de bouillon ; enfin le 3 avril, elle se nourrissait copieusement et était dans un parfait état de santé.

OBSERVATION II.

Femme 57 ans. La maladie, qui avait débuté il y a deux ans se serait manifestée tout d'abord par de légers vomissements, rares, peu abondants, ne s'accompagnant d'aucune douleur et n'empêchant pas l'alimentation de se faire assez bien. Depuis un an, ces vomissements devinrent plus fréquents, plus abondants et provoquaient des douleurs dans la région épigastrique, actuellement ils surviennent après chaque repas en général et contiennent tous les aliments absorbés ; il y a une constipation opiniâtre. Ni hémاتeses, ni méloena. A la palpation on sent une petite tumeur dans la région pylorique, mobile, non douloureuse.

L'opération de la gastro-entérostomie a lieu le 18 mars 1892. On trouve une tumeur assez volumineuse, assez mobile, serrant très exactement le pylore ; cette tumeur paraît avoir 6 à 7 centimètres de long et le volume d'une très grosse noix. L'opération est faite en trente minutes. La malade se remet parfaitement de l'opération.

OBSERVATION III (1).

Femme 53 ans. Depuis sept mois cette femme se plaint d'alternatives de diarrhée et de constipation, des vomissements avaient lieu de temps à autre et étaient composés de glaires et d'eau très acide. La malade a beaucoup maigri et à son entrée à l'hôpital elle ne s'alimente plus. A la palpation on sent une légère induration de la paroi antérieure de l'estomac.

L'opération est pratiquée le 18 mai 1892. Il existe au pylore une tumeur grosse comme une mandarine ; on pratique l'anas-

(1) Observations I, II, III dues à JABOULAY (de Lyon), *Archives provinciales de chirurgie* (juillet 1892).

tomose de l'estomac et du duodénum, puis une deuxième anastomose entre le duodénum et le jéjunum, pour éviter l'accumulation des aliments dans le duodénum. La malade se remit bien de l'opération, les vomissements disparurent, et sauf la viande qui serait assez mal tolérée, la malade mange à peu près de tous les aliments.

OBSERVATION IV.

Femme 33 ans. Cette femme présente depuis 2 ans des symptômes de dyspepsie grave très douloureux ; depuis 5 mois, vomissements incoercibles. On sentait dans la profondeur une sorte d'induration en plaque. Le diagnostic probable était celui d'ulcère.

Laparotomie. On constate au niveau de la petite courbure une induration mamelonnée caractéristique. L'exploration digitale démontre que le néoplasme s'étend sur les 2 faces de l'estomac, le long de la petite courbure ; et dans le sens transversal, du voisinage du cardia à un centimètre du pylore. On ne pouvait tenter l'extirpation totale, on pratiqua donc la gastro-entérostomie anté-colique avec cette particularité que l'abouchement fut pratiqué après l'isolement du côlon rejeté en bas et en arrière et fixé dans cette nouvelle situation par quelques fils de soie, immédiatement en arrière de l'insertion de l'épiploon gastro-colique. Guérison.

OBSERVATION V (1).

Homme 40 ans. Cet homme eut pour la première fois des hématoméses il y a 14 ans. Son état général est très mauvais. Aucune trace de tumeur ; le rétrécissement pylorique était un rétrécissement fibreux.

Gastro-entérostomie postérieure. Guérison.

(1) Observations IV et V dues à DOYEN (de Reims), *Archives provinciales de chirurgie* (juillet 1892).

OBSERVATION VI (1).

Homme 60 ans. Cet homme n'est malade que depuis 7 mois, il présente des digestions difficiles, quelquefois des vomissements alimentaires. On n'a jamais constaté de tumeur au niveau du creux épigastrique. Dans ces derniers temps les vomissements sont incessants, et les matières vomies ont la couleur et la consistance du marc de café.

Le malade est dans un très mauvais état le jour de l'opération, il a une température de 36° 5 et c'est dans ces conditions qu'il est opéré. Après l'exploration du pylore qui est induré et bosselé, adhérent au niveau de la face inférieure du foie, on constate que le cancer se propage jusque sur la moitié droite de la petite courbure ; les ganglions de l'épiploon gastro-hépatique sont envahis par le néoplasme. La gastro-entérostomie antérieure est pratiquée. L'opéré qui, pendant les deux premiers jours, paraissait se remettre entièrement finit par succomber le quatrième jour après l'opération.

OBSERVATION VII (2).

Femme 51 ans. Malade depuis neuf mois environ ; à l'examen on sentait une tumeur volumineuse, les matières ingérées étaient vomies au bout de deux ou trois heures et les selles étaient à peu près supprimées.

La gastro-entérostomie antérieure fut pratiquée ; pendant deux jours la malade fut très faible, mais elle finit par se remettre, et deux mois après l'opération, la dilatation de l'estomac, qui était énorme avant l'intervention, avait complètement disparu.

(1) Observation VI due à SCHWARTZ, *Soc. de chirurgie*, juillet 1892.

(2) Observation VII due à RECLUS, *Soc. de chirurgie*, octobre 1892.

OBSERVATION VIII (1).

Femme 48 ans. Souffre depuis quelques années de troubles digestifs particulièrement douloureux. Vomissements incessants accompagnés d'hématémèses abondantes. On constatait l'existence d'une tumeur au niveau du pylore.

Après l'ouverture de la cavité abdominale, l'opérateur vérifia l'existence d'une néoformation siégeant au niveau du pylore, gagnant la petite courbure de l'estomac et s'étendant aussi vers la grande courbure. La pylorectomie dans ce cas ne paraissait pas indiquée et on pratiqua la gastro-entérostomie postérieure. La malade se remit parfaitement de l'opération et deux mois après elle avait augmenté de 35 livres.

OBSERVATION IX (2).

Homme 52 ans. Cet homme très émacié, fut opéré de gastro-entérostomie antérieure et mourut 4 jours après, ayant bu et calmé sa soif, dès le lendemain de l'opération.

OBSERVATION X (3).

Cette observation a rapport à un malade atteint de cancer du pylore et arrivé à la période de cachexie. On pratiqua la gastro-entérostomie postérieure. Des vomissements bilieux sont survenus dès la fin du premier jour et ont continué jusqu'à la mort du malade, qui a eu lieu le cinquième jour.

OBSERVATION XI (4).

Femme. La maladie remonte à huit ou dix ans, mais depuis

(1) Observation VIII due à TERRIER, *Soc. de chirurgie*, octobre 1892.

(2) Observation due à JABOULAY (de Lyon) (*Archives provinciales de chirurgie*, novembre 1892).

(3) Observation due à DELAGÉNIÈRE (du Mans) (*Soc. de chirurgie*, novembre 1892).

(4) Observation due à MICHAUX (*Gazette des Hôpitaux*, 1892).

cinq ans la malade est sujette à des vomissements alimentaires, d'abord éloignés, puis de plus en plus proches. Depuis quelques mois ce sont de véritables hématemèses accompagnées parfois de mélœna. La région épigastrique est le siège d'une douleur constante fixe, avec retentissement rachidien. Depuis deux ans la malade a constaté l'existence d'une tumeur du creux épigastrique qui a pris, depuis un an, un développement considérable. La malade a maigri de 56 livres en deux ans.

On pratiqua la gastro-entérostomie postérieure et les suites de l'opération furent très satisfaisantes. La malade a augmenté de 28 livres en un mois et demi.

OBSERVATION XII (1).

Femme 40 ans. Depuis dix-huit cette femme présentait des troubles digestifs, et depuis quatorze mois surtout elle avait des vomissements alimentaires après ses repas ; depuis six mois, la malade constate au niveau de la région épigastrique une tumeur très nette.

On pratiqua la gastro-entérostomie antérieure ; les suites de l'opération furent bonnes, mais la malade ne tarda pas à succomber.

OBSERVATION XIII (inédite).

Homme 40 ans. Atteint d'un ulcère de la deuxième portion du duodénum. Hématemèses incoercibles. Adynamie.

Laparatomie. Pylore sain. Induration non néoplasique de la deuxième portion du duodénum. Gastro-entérostomie rétro-colique. Ce malade opéré *in extremis* meurt dans les quarante-huit heures.

OBSERVATION XIV (inédite).

Femme 50 ans. Cancer étendu du pylore. Gastrectomie impraticable, gastro-entérostomie postérieure. Cette femme opérée

(1) Observation due à TERRIER (*Soc. de chirurgie*, février 1893).

*in extremis* succombe par choc et refroidissement le deuxième jour.

OBSERVATION XV ( inédite ).

Femme 29 ans. Malade depuis dix ans vomissements striés de sang presque tous les matins. Vertiges. Digestions lentes. Dilatation énorme de l'estomac. Impossibilité de travailler. En est arrivée à ne pouvoir plus manger ni boire sous peine d'aggraver cet état permanent de souffrance. Aucune amélioration à la suite des traitements médicaux les plus variés. Pas de tumeur. En raison de la persistance et de la durée des accidents, le diagnostic probable semble être celui de rétrécissement modéré du pylore compliqué de spasme.

On pratique la gastro-entérostomie postérieure ; la malade meurt au bout de trois jours d'accidents cérébraux suraigus.

A l'examen de la pièce, on constate que le pylore n'admet que le manche d'un porte-plumes. L'orifice gastro-jéjunal est en excellent état. Pas de péritonite.

Cette observation intéressante prouve que chez un sujet jeune il peut y avoir un rétrécissement vrai sans vomissements alimentaires, tant que la puissance digestive du suc gastrique et la musculature de l'estomac ont à peu près conservé leur intégrité.

OBSERVATION XVI ( inédite ).

Femme 30 ans. Malade depuis 5 à 6 ans. Gastralgie rebelle. Pituites matinales. Amaigrissement progressif. Faiblesse extrême.

On pratique la gastro-entérostomie, la malade meurt le douzième jour d'inanition et d'étranglement par suite de torsion de l'anse jéjunale de droite à gauche. Pas de péritonite. Cette observation nous a permis d'éviter à coup sûr dans la suite semblable accident. Nous renvoyons pour les détails au manuel opératoire.

OBSERVATION XVII (inédite).

Femme 23 ans. Malade depuis six ans. Les douleurs augmentent au moment de chaque époque et pendant les grossesses. Aucune amélioration par le lavage de l'estomac et les traitements médicaux. Hématémèses et méléna fréquents ; symptômes douloureux de l'ulcère. Avortement de deux mois en juillet 1890, et à cette occasion elle a vomi du sang noirâtre toute la semaine. Redevient enceinte, accouche d'un enfant à terme au mois d'avril 1891. Nouvelle grossesse en 1892, accouchement en mai 1892. Après quelques mois d'amélioration relative, elle est reprise, quelques jours avant d'accoucher, d'hématémèses copieuses qui se répètent après la délivrance. Emaciation et faiblesse extrême.

Laparotomie. Gastro-entérostomie antérieure. Les suites de l'opération sont bonnes, et trois semaines après la malade mangeait du lard et des oignons crus ; malgré une alimentation très défectueuse, elle se remet en quelques mois.

OBSERVATION XVIII.

Homme 37 ans. Cet homme vigneron et non alcoolique est malade depuis 1880 et souffre d'une gastralgie persistante sans vomissements. Cet état maladif, intermittent pendant les premières années, s'aggrave en 1888 et depuis cette époque le patient se plaint de crises douloureuses atroces avec exacerbation nocturne. Amaigrissement et constipation. Pituites. Peu de vomissements alimentaires. On lui pratique des lavages de l'estomac pendant près de dix-huit mois sans amélioration. Pas de tumeur appréciable.

Laparotomie. Aucune trace de néoplasme. On ne constate par transparence aucun ulcère, la face postérieure de l'estomac n'est pas explorée. Gastro-entérostomie antérieure. Disparition immédiate des phénomènes douloureux et de tous les autres accidents.

OBSERVATION XIX ( inédite ).

Femme 33 ans. Cette femme opérée une première fois de pyloroplastie pour un rétrécissement du pylore, est obligée de subir une nouvelle opération par suite de la récidence du rétrécissement.

Gastro-entérostomie antérieure. Guérison.

OBSERVATION XX ( inédite ).

Homme 30 ans. Cet homme est dans un état de cachexie extrême et présente tous les signes d'un ulcère de l'estomac malgré l'absence d'hémathémèses. Les douleurs sont atroces. Les aliments liquides passent parfois, le plus souvent les crises douloureuses empêchent le malade de rien prendre. Une des particularités les plus curieuses de ce cas est que le patient souffrait d'un ballonnement intestinal presque constant et que nous avons eu beaucoup d'hésitation avant de nous convaincre que l'estomac était seul en cause.

Notre diagnostic d'ulcère, malgré l'absence de vomissements sanguins et l'anachlorhydrie absolue, fut vérifié par la laparotomie. L'ulcère de la largeur de la paume de la main était à cheval sur la petite courbure à sa partie moyenne.

Gastro-entérostomie antérieure après invagination et plicature du pylore, afin d'éviter le reflux de la bile dans l'estomac. Guérison.

OBSERVATION XXI ( inédite ).

Femme atteinte de cancer de l'estomac et du pylore. Tumeur mobile. Vomissements assez intenses. A l'exploration directe on reconnaît que la tumeur se propage sur le duodénum jusqu'au muscle de Treitz.

Gastro-entérostomie antérieure. Ganglions assez nombreux. Guérison.

Cette suite d'observations pratiquées en France nous donne les statistiques suivantes :

3 Pyloroplasties : 1 guérison et 2 morts ;

14 Pylorectomies : 8 guérisons et 6 morts ;

21 Gastro-entérostomies : 13 guérisons et 8 morts ;

soit une mortalité totale de 16 sur 38 ou à peu près 30 0/0 de morts.

Si dans ces opérations, nous prenons la statistique personnelle de Doyen, nous voyons que sur 24 opérations qu'il a pratiquées sur l'estomac, il a obtenu 15 guérisons et 9 morts, et que dans ces 9 cas d'insuccès, figurent trois malades opérés *in extremis* ; sur les 15 guérisons, 13 ont été obtenues par son procédé ; aussi allons-nous maintenant décrire ce procédé qui fera le sujet du chapitre suivant, procédé de choix que nous proposons pour les opérations sur l'estomac.

## CHAPITRE III

### Manuel opératoire.

L'opération décidée, notre ligne de conduite est bien réglée et comprend les temps suivants :

1° Incision médiane sus-ombilicale et exploration de l'estomac, du foie, du duodénum et du colon, et s'il y a lieu de la vésicule biliaire et des organes voisins ;

2° Recherche de la première anse du jéjunum. Un fil est passé au travers de son mésentère, et l'intestin réduit, après qu'on a pris soin de placer en aval de cette anse conductrice une ligature plus grêle, destinée à servir de point de repère pour la direction à donner au jéjunum lors de sa fixation à l'estomac ;

3° Exploration minutieuse du pylore. Existe-t-il un néoplasme malin, nous ne faisons l'extirpation que si nous la pouvons pratiquer large et complète : la tumeur est séparée du duodénum, ce dernier fermé en cul-de-sac l'estomac libéré à son tour, puis refermé, et nous faisons la gastro-entérostomie. Si le néoplasme est inextirpable, nous complétons autant que possible l'occlusion du pylore, et nous pratiquons la gastro-entérostomie. S'agit-il d'une sténose cicatricielle du pylore, nous pratiquons l'extirpation des masses calleuses s'il peut y avoir quelque intérêt à le faire, ou bien nous faisons la section simple du pylore, suivie de la fermeture des deux bouts, et de la gastro-jéjunostomie.

Nous avons substitué dernièrement à cette section du pylore, chez un malade très faible, et opéré *in extremis*, afin d'abrégér à la fois la durée de l'opération et d'en diminuer la gravité, la simple plicature de la région pylorique déterminant ainsi l'oblitération du pylore sans incision de ses tuniques. Le fonctionnement de l'orifice gastro-jéjunal s'est montré parfait. Notre conduite est la même dans les cas de sténose duodénale.

Nous allons décrire en détail les différents temps que nous venons de mentionner.

#### 1° — INCISION MÉDIANE SUS-OMBILICALE.

L'incision médiane sus-ombilicale nous a toujours suffi pour mener à bien la pylorectomie et la gastro-entérostomie. Grâce à cette incision, il est aisé de pratiquer en quelques minutes l'exploration de l'estomac et du pylore, de reconnaître l'état du colon, du foie et de la vésicule biliaire.

Les adhérences sont-elles généralisées, le péritoine parsemé de nodules cancéreux ou tuberculeux, force est de refermer le ventre, avec ou sans lavage du péritoine.

Toute intervention est également impossible lorsque la totalité de l'estomac est atteinte de dégénérescence maligne, de sorte qu'il ne subsiste aucune trace de tissu sain, susceptible d'être réuni par les sutures. L'exploration des viscères abdominaux permet-elle de conclure à l'intervention chirurgicale, le premier point est de confirmer le diagnostic anatomique de la lésion, et de reconnaître s'il s'agit ou non d'un cancer. Le doute n'est guère possible pour

un opérateur rompu à l'étude de l'anatomie pathologique : le cancer se présente avec un aspect tout spécial, le squirrhe annulaire du pylore lui-même, que l'on a si souvent pris pour une simple hypertrophie de la tunique musculaire, s'étend quelque peu vers la grande ou la petite courbure. L'épaississement et l'induration de la couche musculuse de l'estomac offrent une consistance spéciale, qui rappelle la dureté du cancroïde de la langue ou de l'utérus. Cette musculuse présente une teinte rougeâtre ; la séreuse lui adhère intimement, et, subsisterait-il quelque doute, la facilité avec laquelle ces tissus néoplasiques se déchirent au cours des sutures ou à la moindre traction, lèverait bien vite tous les doutes. Une des particularités du cancer est d'ailleurs la dissémination, et il est bien rare de ne pas constater à un examen attentif quelques tractus serpigineux ou quelques noyaux isolés dont la nature n'est pas douteuse. Nous avons observés ces noyaux isolés sur l'estomac, dans les épiploons et sur la vésicule biliaire. Leur dimension ne serait-elle que celle d'une tête d'épingle, leur présence est caractéristique. Les ganglions cancéreux ont rarement l'aspect des ganglions inflammatoires que l'on rencontre dans les cas d'ulcères calleux d'ancienne date. Les ganglions cancéreux sont diffus, et adhèrent aux tissus voisins, atteints eux-mêmes par la dégénérescence maligne.

Le diagnostic de cancer arrêté, quelle est la conduite à tenir ?

Nous avons éliminé plus haut les cas où l'étendue du mal ne permettrait aucune tentative opératoire.

Nous devons donc choisir entre l'ablation de la tumeur

(opération curatrice) et une simple opération palliative, la gastro-entérostomie.

L'ablation de la tumeur ne doit être tentée que dans les cas où celle-ci est mobile ; bien limitée, et où il n'y a pas d'infection ganglionnaire appréciable. Nous pratiquons en pareil cas, non pas comme opération d'exception, à l'exemple de Billroth et de quelques autres chirurgiens, mais comme opération de choix dans tous les cas, la pylorectomie, combinée à la gastro-entérostomie.

Le lavage préalable de l'estomac nous semble inutile. Après avoir perforé avec les doigts les épiploons gastro-colique et gastro-hépatique, au-dessus du néoplasme, nous fermons provisoirement le viscère par une ou deux de nos pinces à mors élastiques ; d'autres pinces sont appliquées du côté de la tumeur, et l'estomac sectionné transversalement après avoir été isolé du péritoine et des lèvres de la plaie pariétale par des compresses stérilisées.

Les coronaires sont liées, et les trois tuniques réunies rapidement par notre suture en surjet à points passés. Nous employons à cet effet de petites aiguilles courbes à chas fendu, et de la soie tressée très fine.

Chaque anse traverse les 3 tuniques, séreuse, musculuse et muqueuse.

Nos piqûres sont rapprochées de 3 à 4 millimètres. Tous les 2, 3, ou 4 points, suivant que la nécessité s'en fait sentir, l'aiguille est passée dans le point précédent, afin d'arrêter le fil.

Nous faisons alors un second plan séro-séreux, qui invagine le précédent vers la cavité gastrique, puis un 3<sup>e</sup> plan analogue, destiné à conjurer toute éventualité. Les pinces

élastiques qui fermaient la cavité gastrique sont enlevées dès que nous avons terminé le premier plan de sutures, qui à lui seul empêche tout passage de liquides ou de gaz.

La tumeur est alors isolée du côté du duodénum et du pancréas ; le duodénum est sectionné à son tour entre 2 pinces à pression élastique ; la tumeur est enlevée, les principaux vaisseaux liés, et le duodénum refermé comme l'estomac par notre triple surjet.

Il ne reste plus qu'à pratiquer l'anastomose gastro-jéjunale.

Le plus souvent, nous prenons soin, dès le début de l'opération, de reconnaître et d'attirer au dehors la 1<sup>re</sup> anse du jéjunum, que nous réduisons après avoir passé au travers de son mésentère, à 20 centimètres environ du muscle de Treitz, un fil de soie ; afin de ne pas nous tromper au dernier moment sur la direction du cours des matières dans le jéjunum, nous plaçons en aval du premier fil une ligature plus grêle, qui, lors de la suture gastro-jéjunale, devra être dirigée vers l'ancien pylore.

Avant de réunir le jéjunum à l'estomac, nous introduisons dans l'arrière cavité des épiploons, grâce à une petite déchirure de l'épiploon gastro-colique, le grand épiploon, et nous assurons sa fixité en réunissant le colon transverse à l'estomac sur une certaine étendue. Nous évitons ainsi tout danger de tiraillements ultérieurs de l'estomac et du jéjunum et nous assurons le parfait fonctionnement du nouveau pylore. Il nous est loisible grâce à cette modification du manuel opératoire, de pratiquer l'orifice gastro-jéjunal sur la face antérieure de l'estomac, à 10 millimètres environ de la grande courbure, au voisinage de l'antrum du

pylore, c'est-à-dire au point le plus déclive de l'organe ? Notre procédé permet une évacuation de l'estomac aussi parfaite que l'abouchement trans-méso-colique, puisqu'il n'existe pas une distance de plus de 20 millimètres entre les 2 pylores pratiqués par l'un ou l'autre procédé. Par contre, notre méthode n'expose jamais aux tiraillements ou à l'étranglement de l'estomac ou du jéjunum au travers de la boutonnière méso-colique, bien heureux si le chirurgien partisan du procédé de Von Hacker, en déchirant largement le méso-colon pour assurer la libre communication de l'estomac et du jéjunum, ne détermine pas consécutivement la gangrène d'une certaine étendue du colon transverse.

Dès que le jéjunum est disposé le long de la grande courbure de l'estomac de telle sorte que le cours des matières se fasse de gauche à droite, nous le fixons le long de la grande courbure sur une longueur de 7 à 8 centimètres, par notre suture en surjet. Un second plan, parallèle au précédent, est fait aussitôt à 2 millimètres du premier. Le jéjunum et l'estomac sont fermés provisoirement à l'aide de 2 ou 3 pinces à mors élastiques, et leurs tuniques incisées au thermo-cautère, au niveau de la partie moyenne de la ligne des sutures, sur une longueur de 25 millimètres environ. Nous lions, s'il y a lieu, 1 ou 2 artérioles, et nous réunissons circulairement les lèvres du double orifice gastro-jéjunal, affrontant étroitement les 3 tuniques de l'intestin à celles de l'estomac. Les pinces élastiques sont enlevées, et nous complétons la réunion en pratiquant deux plans longitudinaux séro-séreux qui dépassent en amont et en aval de 2 à 3 centimètres l'orifice gastro-jéjunal.

Il est loisible, avant de réduire les viscères, d'introduire dans l'estomac une sonde œsophagienne, et de vérifier le fonctionnement du nouveau pylore.

Nous avons constaté à maintes reprises que liquides et gaz se précipitaient dans le jéjunum de gauche à droite, sans jamais suivre la direction inverse de telle sorte qu'il suffit de faire erreur sur la direction du jéjunum pour voir périr le patient d'inanition par suite de l'occlusion du nouveau pylore. Notre procédé est tout aussi logique que l'implantation latérale de Roux ; il remédie aux mêmes inconvénients des autres méthodes de gastro-entérostomie ; il est plus rapide et beaucoup plus sûr, car nos 5 plans de suture assurent une réunion beaucoup plus solide que l'abouchement à plein canal.

L'opération complète : résection du pylore, fermeture séparée de l'estomac et du duodénum, et gastro-jéjunostomie par notre procédé, demande 1 heure 1/2 à 2 heures y compris la toilette du péritoine et la fermeture du ventre.

Le cancer ne peut-il être enlevé en totalité, il faut se borner à la gastro-entérostomie. Nous la pratiquons comme nous l'avons indiqué plus haut, mais, comme nous avons constaté à diverses reprises qu'il y avait avantage à rendre l'ancien pylore absolument imperméable, nous l'oblitérons autant qu'il est possible, en invaginant dans l'orifice rétréci une portion saine de la muqueuse stomacale, et en la fixant dans cette position par une série de sutures résistantes.

La gastro-jéjunostomie, faite par notre procédé, dure 40 à 45 minutes.

L'affection est-elle autre que le cancer, il s'agit d'obte-

nir, sans danger, pour le patient, une guérison durable.

Si le sujet est jeune, et doué de quelque résistance, nous n'hésitons pas à sectionner l'estomac en amont du pylore, et à le fermer en cul-de-sac. Le pylore induré et rétréci est enlevé si l'isolement n'en est pas trop laborieux. Cet isolement offre-t-il des difficultés en raison de l'étendue des lésions et de la solidité des adhérences (chez un jeune homme de 22 ans, le pylore et la 1<sup>re</sup> portion du duodénum, atteints d'ulcère calleux, étaient adhérents au foie et au pancréas et présentaient 5 à 6 centimètres de diamètre); nous nous contentons de refermer le bout inférieur en amont du pylore; nous pratiquons la section transversale de l'antrum du pylore, avec fermeture des 2 bouts en cul-de-sac, et la gastro-entérostomie.

Si le patient est d'une faiblesse extrême, nous préférons une intervention plus rapide, et nous nous contentons de fermer l'ancien pylore par invagination et de faire la gastro-jéjunostomie.

Nous n'avons pas eu l'occasion de réséquer des plaques ulcéreuses, celles que nous avons observées étant trop adhérentes et très étendues.

Il était d'ailleurs plus intéressant au point de vue thérapeutique de les laisser intactes, afin de constater l'influence de l'opération sur leur marche ultérieure: le pylore supprimé, aucun de nos opérés n'a présenté d'hématémèses, et tous les symptômes dyspeptiques et douloureux ont disparus pour ne plus revenir.

2°. — GASTROPLASTIE POUR ESTOMAC EN BISSAC.

L'estomac en bissac s'observe parfois comme malformation congénitale; nous en avons cité un exemple. Aussi est-il difficile d'affirmer qu'un rétrécissement de la partie moyenne de l'estomac n'ait pas eu pour point de départ une ulcération survenue en un point préalablement rétréci.

Notre opération d'estomac en bissac est la seule qui ait été faite jusqu'ici à notre connaissance. Le cas nous semblait anormal, la douleur maximum siégeant à gauche et au-dessus de l'ombilic, tandis que la malade présentait des signes précis de rétrécissement pylorique.

La douleur semblait peu en rapport avec l'existence d'un néoplasme; on ne percevait d'ailleurs pas au palper la moindre trace d'épaississement néoplasique.

A l'ouverture du ventre, aucune trace du néoplasme. Nous attirons le pylore au dehors: il est sain. Aucun épaissement des parties accessibles du duodénum. Nous continuons l'exploration: vers l'appendice xiphoïde apparaît dans la profondeur une sorte de poche blanchâtre, qui offre quelque analogie avec un kyste hydatique. Nous l'attirons au dehors: et nous constatons que cette poche, qui contient des liquides et des gaz n'est autre que l'estomac considérablement dilaté.

Des adhérences solides paraissent fixer profondément au côté gauche de la paroi thoracique l'estomac dilaté. En introduisant avec précaution au-dessus du muscle droit du côté gauche l'index et le médius, nous constatons qu'à l'en-

droit où la douleur se montrait maximum, l'estomac, considérablement rétréci, adhère intimement à la paroi abdominale antérieure. Nous détachons ces adhérences avec prudence, espérant ne pas rompre les tuniques de l'estomac. Tout à coup, s'échappent des gaz et un peu de liquide : nous attirons rapidement le viscère au dehors du ventre, et nous fermons provisoirement l'orifice avec les doigts, puis avec une pince à mors élastiques.

Nous constatons alors qu'il s'agissait d'un ulcère calleux de la petite courbure, large comme la paume de la main, également étendu sur les face antérieure et postérieure de l'estomac, et ayant déterminé un rétrécissement infranchissable de la partie moyenne du viscère, précisément à l'endroit où dans un autre cas nous avons rencontré un rétrécissement physiologique.

L'ulcération avait même perforé la paroi antérieure de l'estomac, et entamé la paroi abdominale antérieure. Nous n'avions donc pas commis de faute opératoire en ouvrant l'estomac complètement perforé, au moment où nous le détachions de ses adhérences.

Nous désinfectons immédiatement et nous grattons à la curette le point altéré de la paroi abdominale antérieure, et nous nous mettons en mesure de remédier, par une opération de gastroplastie, au rétrécissement de l'estomac, rétrécissement d'autant plus accentué dans ce cas, qu'en raison de la dilatation du cul-de-sac diaphragmatique de l'estomac, il s'était produit au niveau du point rétréci une véritable torsion du viscère.

Notre objectif était de pratiquer la gastroplastie en incisant l'estomac, au niveau du rétrécissement, suivant son

grand axe, pour réunir transversalement. Mais un obstacle presque insurmontable s'opposait à la réalisation de cette suture : l'ulcération, à cheval sur la petite courbure, s'étendait très loin sur la face postérieure de l'estomac, qui, en ce point, adhérait intimement à l'épiploon gastro-hépatique. Si nous avions commencé par inciser le rétrécissement, nous eussions été dans l'impossibilité d'éviter dans la profondeur l'irruption du contenu de l'estomac : nous avons donc réuni tout d'abord par un double surjet, et au delà de l'ulcération, la portion supérieure dilatée de la petite courbure à son extrémité inférieure, située en aval de l'ulcère, qui de la sorte, s'est trouvé invaginé dans la cavité gastrique. Cette suture profonde terminée dans la concavité du diaphragme, nous avons appliqué au-dessus et au-dessous du rétrécissement des pinces à pression élastique, nous avons incisé l'estomac suivant son grand axe, et nous avons réuni transversalement cette incision longitudinale, d'abord par un surjet à points passés comprenant les 3 tuniques, puis par 2 surjets séreux superposés, aboutissant en arrière à nos deux premiers plans de suture, destinés à éviter de ce côté toute effusion du contenu gastrique.

Cette opération guérit sans encombre, malgré l'état précaire de la malade.

Gastroplastie dans les cas de rétrécissement de la partie moyenne de l'estomac, gastro-entérostomie antérieure en cas de néoplasme opérable, par notre procédé, combinée suivant les cas à la résection du pylore, à la section transversale de l'antrum pylorique, avec fermeture en cul-de-sac

de l'estomac et du duodénum dans les cas d'ulcère ou de rétrécissement fibreux ou, chez les sujets très affaiblis, à la simple oblitération de l'ancien pylore par plicature et invagination, telle est l'intervention qui convient sans exception aux différents cas, remédiant aussi bien aux lésions du pylore qu'aux lésions de l'anse duodénale.

Nous avons toujours observé un parfait fonctionnement du duodénum, fermé supérieurement en cul-de-sac, et déduit aux fonctions de prolongement des canaux hépatique et pancréatique.

---

Vu :  
Le Doyen,  
BROUARDEL.

Vu :  
Le président de la thèse,  
GUYON.

Vu et permis d'imprimer :  
*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*  
GRÉARD.







---

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier, 30, Passage Verdeau, Paris.

---